

Soraia de Camargo Catapan

**SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DOS
"TERAPEUTAS DA ALEGRIA" SOBRE PACIENTES ADULTOS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis – SC
2017

CATAPAN, Soraia de Camargo
Significados das práticas dos "Terapeutas da
Alegria" sobre pacientes adultos internados em um
hospital universitário / Soraia de Camargo CATAPAN
; orientador, Walter Ferreira de OLIVEIRA, 2017.
115 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Humanização da Assistência.
3. Palhaçoterapia. 4. Assistência hospitalar. 5.
Terapeutas da Alegria. I. OLIVEIRA, Walter Ferreira
de . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Soraia de Camargo Catapan

**SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DOS "TERAPEUTAS DA
ALEGRIA" SOBRE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 29 de junho de 2017.

Prof.^a Josimari Telino de Lacerda, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Walter Ferreira de Oliveira, Dr.,
Orientador
Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC

Charles Dalcanale Tesser, Dr.
Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC

Fernanda Nogueira Campos
Rizzi, Dra.
Universidade do Estado de Minas
Gerais - UEMG

Ricardo Ricci Uvinha, Dr.
Universidade de São Paulo -
USP

*Este trabalho é dedicado a todas as
pessoas que me fazem rir, me fazem
pensar e me fazem cafuné.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Mãe por ter me incentivado tanto a ler desde pequena. E ao meu Pai por ter me dado tudo que pode, sempre.

Ao meu irmão Rafael Catapan por ser exemplo e às minhas irmãs Simone Catapan e Josiane Regensburger pelo apoio incondicional. Obrigada pelos sobrinhos lindos que vocês me deram!

Ao meu orientador Walter Ferreira de Oliveira por me proporcionar desafios importantes para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

Aos benfeitores da minha campanha de financiamento coletivo que me deram a oportunidade inesquecível de apresentar parte deste trabalho no 13º International Congress of Qualitative Inquire (ICQI 2017), na Universidade de Illinois, em Urbana-Champaign, EUA.

Aos meus amigos amados que me compreenderam, me acolheram e me apoiaram, especialmente Monique Lins e Carlize Bortoli, colegas de mestrado e amigas queridas.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sobretudo à Professora Josimari Telino de Lacerda e Fabrício Augusto Menegon, que se tornaram exemplos e amigos.

Aos integrantes do Projeto de Extensão Terapeutas da Alegria da UFSC que me acolheram e me proporcionaram momentos mágicos de alegria e reflexão para esta pesquisa.

Aos colegas e amigos do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde (GPPS), especialmente Tatiana Rotta, Rosilda Veríssimo e Susana Soares.

E todas as outras pessoas que, de alguma forma, cruzaram o meu caminho nesses dois anos de tanto esforço, dedicação, abdicção, perseverança, alegrias, conquistas e muito, mas muito aprendizado!

Gratidão!

Atualmente, a ganância e o abuso de poder contaminaram nossa cultura e é difícil que o amor prevaleça, mesmo nos campos da saúde e da educação. É preciso dar às pessoas a oportunidade de ajudar aqueles que sofrem. Com o passar do tempo, muitos vão sentir a força de seu brilho interior, que fará com que a vontade de ajudar passe a fazer parte de suas vidas.

(ADAMS, 2002, p. 447, tradução nossa)

CATAPAN, S. C. Significados das práticas dos "Terapeutas da Alegria" sobre pacientes adultos internados em um hospital universitário. 2017. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de concentração: Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RESUMO: Diversas ações de humanização da assistência hospitalar têm sido adotadas mundialmente no intuito de superar a técnica e a objetividade impostas pelo modelo biomédico hegemônico, que já não contempla as necessidades de saúde atuais. Exemplo disso, a palhaçoterapia representa um paradoxo que possibilita, dentre outros efeitos, a ressignificação do ambiente hospitalar a partir das vivências individuais proporcionadas pelas intervenções realizadas pelos palhaços nos hospitais. O projeto de extensão Terapeutas da Alegria (TA) é um exemplo dessa prática. Adotando uma abordagem qualitativa, a partir da interpretação dos textos obtidos nas entrevistas aos pacientes e observações, este estudo busca compreender os significados das intervenções dos TA realizadas durante visitas à pacientes adultos internados em um hospital universitário. As categorias que emergiram da codificação dos dados e sua análise apontaram que a palhaçoterapia provoca ressignificação do ambiente hospitalar e do próprio ser, agora no papel de paciente. Também apontaram reflexões sobre a relação com o desconhecido e particularidades e desafios da interação de palhaços de hospital com pacientes adultos, no intuito de gerar sentimentos favoráveis à recuperação da saúde. Esse estudo demonstra a complexidade do tema e a importância de pesquisas futuras de uma prática já tão difundida no contexto brasileiro e mundial.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência. Terapia do Riso. Palhaçoterapia. Assistência hospitalar. Terapeutas da Alegria.

CATAPAN, S. C. **Meanings of the “Therapists of Joy” practices on adult patients admitted to a university hospital.** 2017. 115p. Dissertation (Master in Public Health) – Postgraduate Program in Public Health. Area of concentration: Social and Human Sciences in Health. Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2017.

ABSTRACT: *Several humanization actions have been adopted in hospital care settings worldwide in order to overcome technique and objectivity imposed by hegemonic biomedical model, which no longer address current health needs. Example of this, clown therapy consist in a paradox that enables, among other effects, to reframe hospital setting from individual experiences provided by interventions with clowns. The extension project Therapists of Joy (TA) is an example of this practice. Adopting a qualitative approach, based on the interpretation of the texts obtained in interviews with patients and observations of visits, this study aims to understand the meanings of TA interventions made during visits to adult patients admitted to a university hospital. Categories emerged from data codification and their analysis pointed out that clown therapy causes re-signification of the hospital environment and of the being itself, now in a patient's role. It also pointed out reflections on the relationship with the unknown and particularities of adult patients' interaction with clowns, in order to generate favorable feelings for health recovery. This study demonstrates the complexity of the theme and the importance of future research of a practice already so widespread in Brazilian and around the world.*

KEYWORDS: *Humanization of Assistance. Hospital care. Clown care. Laughter Therapy. Terapeutas da Alegria.*

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Fluxograma da revisão de literatura..... 46
- Figura 2.** Número de trabalhos analisados por ano de publicação. 51
- Figura 3.** Modelo simplificado do tratamento de dados qualitativos para apresentação de resultados..... 73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Chaves de busca por bases de dados e número de publicações encontradas.....	44
Quadro 2. Resumo das publicações selecionadas para análise.....	47
Quadro 3. Classificação dos artigos quanto ao país de origem, tipos de trabalho, participantes da pesquisa, métodos e categorias de análise.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

BDENF – Base de Dados em Enfermagem

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HU – Hospital Universitário

IBECS – Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

IndexPsi – Index Psicologia

Lilacs – Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PNHAH – Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão

PubMed - Scopus e Publisher Medline

SUS – Sistema Único de Saúde

Scielo – Scientific Electronic Library Online

TA – Terapeutas da Alegria

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

MOTIVAÇÕES DA PESQUISA.....	23
1 INTRODUÇÃO.....	27
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3 MARCO CONTEXTUAL.....	31
3.1 SIGNIFICADOS DE SAÚDE E DOENÇA.....	31
3.2 O SURGIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL.....	33
3.3 A SAÚDE A PARTIR DO OLHAR DAS CIÊNCIAS HUMANAS.....	35
3.4 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO....	37
4 MARCO CONCEITUAL.....	41
4.1 PRÁTICAS ALTERNATIVAS À RACIONALIDADE BIOMÉDICA.....	41
4.2 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A PALHAÇOTERAPIA EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	42
4.3 O PROJETO TERAPEUTAS DA ALEGRIA.....	60
5 MARCO METODOLÓGICO.....	63
5.1 NATUREZA E DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	63
5.2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	64
5.3 COLETA DE DADOS.....	67
5.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	70
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	71
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	75
6.1 OS TERAPEUTAS DA ALEGRIA EM AÇÃO.....	76
6.2 RESSIGNIFICAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR..	80
6.3 RESSIGNIFICAÇÃO DO SER.....	84
6.4 SERÁ QUE A MÁGICA DEPENDE DO EXPECTADOR?	87
6.5 A RELAÇÃO COM O DESCONHECIDO.....	89
6.6 REMINISCÊNCIAS DO CAMPO.....	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	107
ANEXOS.....	113

MOTIVAÇÕES DA PESQUISA

Achei importante relatar minha experiência com internações hospitalares para justificar a escolha do meu tema de pesquisa. Assim como as questões que me intrigaram na minha busca por respostas.

Apesar de ser uma criança bem levada, nunca tive episódios de fraturas, suturas ou idas à emergência na madrugada, ao contrário dos meus dois irmãos mais velhos. Entretanto, com 11 anos tive Varicela e após o desenvolvimento normal da doença, comecei a apresentar algumas complicações que levaram ao diagnóstico de Encefalite por *Herpes zoster*. Fiquei 13 dias internada no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba.

Recordo-me da comoção gerada na família, pois tive duas primas que faleceram da mesma doença, fato este que eu desconhecia até então. Mesmo depois do período esperado para a minha melhora, eu continuava convalescendo. Não comia, não reagia, não caminhava, não falava, apenas dormia. Tinha perdido o controle dos movimentos da face, não tinha equilíbrio para andar, desmaiava com frequência. Vários exames complementares foram feitos, na suspeita de alguma lesão cerebral ou outra complicação. Lembro que meu pai vendeu um dos carros da família para pagar por uma ressonância magnética que em 1991 custava muito caro. Mas não encontraram nada. O neurologista pediatra, Dr. Alfredo Lohr, que acompanhava de perto meu caso, pareceu-me desde o início um profissional extremamente competente tecnicamente, chegando a acertar a ordem de grandeza do número de células presentes o líquido cefalorraquidiano da punção lombar, apenas olhando o tubo contra a luz. Ele vinha me visitar duas ou três vezes todos os dias, impreterivelmente. Solicitava exames, chamava seus colegas de outras especialidades para compartilhar meu caso e conversava com os meus pais a sós. Eu não tinha medo. Não conseguia entender ou ter noção do que estava acontecendo. Eu só queria dormir.

E me recordo também de um domingo ensolarado quando o médico veio conversar comigo na sua ronda matinal, passados doze dias de internação. Neste dia ele entrou, me examinou, puxou uma cadeira, sentou do lado da minha cama e deu um suspiro. Perguntou-me o que eu gostava de fazer nos domingos. Eu disse que adorava os almoços em família. Ele perguntou o que eu mais gostava de comer, o que respondi de imediato: "churrasco de costela". Ele virou para os meus pais, que passavam 24 horas ao meu lado desde o dia que entrei no hospital e disse: "Pai, vai buscar uma costela caprichada e os irmãos dessa menina que

hoje vai ter festa aqui!" Falar sobre isso me emociona. Passamos o dia em família no hospital. No dia seguinte recebi alta e terminei minha recuperação em casa. Sem sequelas! Apesar da baixíssima chance de recuperação total.

No meu segundo episódio de internação hospitalar, eu já tinha 27 anos e morava sozinha no País de Gales. Entrei na fila do *National Health Service* (NHS) para uma cirurgia de correção ortopédica devido a uma fratura no pé ocorrida na adolescência. No dia marcado fui internada às sete horas da manhã para aguardar a cirurgia que aconteceu às duas da tarde. Lembro que essas horas que passei no hospital foram difíceis, pois eu estava longe da família, em outro país onde a língua, a cultura e os costumes eram muito diferentes. E, pela primeira vez na vida, faria uma cirurgia com anestesia geral. Sim, eu estava com medo. O ambiente hospitalar, com ordens estritas para permanecer deitado na cama pois o preparo para entrar no centro cirúrgico já havia sido feito, a roupa, o jejum, o tédio, as regras, o cheiro, o silêncio, o olhar e o pesar das pessoas que passavam no corredor, a solidão. Isso já fazia com que eu me sentisse mal. Recebi a visita de um casal de amigos no horário do almoço e lembro-me que já me sentia doente, apesar de nenhum procedimento ter sido realizado. Eu apenas aguardava para a cirurgia e não tinha dor.

No caminho até o centro cirúrgico, lembro-me que uma enfermeira me perguntou onde estava meu acompanhante. Eu falei que estava sozinha e ela perguntou se eu gostaria que ela me acompanhasse. Não entendi o porquê da oferta, mas disse que sim. Eu tremia, mas achava que era frio. E ela foi de mãos dadas comigo, empurrando minha maca até o centro cirúrgico. Tudo correu bem na cirurgia assim como na minha recuperação.

Minha terceira experiência com internações hospitalares, aconteceu no meio do mestrado e me deu motivos para pensar em desistir. Meu pai, com 63 anos, passou por uma cirurgia para retirada de um tumor na suprarrenal. Uma cirurgia de alto risco pois ele já havia retirado um rim, tinha aderência no local, sua condição de hipertenso e de consumo diário de tabaco e álcool há alguns anos. Larguei tudo por algum tempo para acompanhá-lo no pré e pós cirúrgico, pois meu pai mora sozinho em Curitiba. A experiência como acompanhante de um paciente hospitalar me fez refletir com outro olhar, me proporcionando diferentes *insights* para esta pesquisa. Meu pai passa muito bem! E essa experiência foi transformadora para ele, para mim e para a nossa relação.

Sempre acreditei na influência do psíquico, do emocional e do mental na saúde física. Acredito em verdades ainda não estabelecidas pela ciência e na conexão direta entre a mente e o corpo. Pratico yoga e

meditação e sempre percebi que meus momentos de adoecimento eram precedidos de abalos emocionais, assim como acredito na recuperação da saúde física pelo poder da mente. Isso me fez questionar a importância das emoções geradas no hospital para recuperação da saúde das pessoas. Será que o contexto hospitalar por si só adoce as pessoas? Será que ainda hoje o hospital é um ambiente causador de doenças ou já se transformou num recuperador da saúde? Porque aquela atitude do médico incentivando um almoço em família me fez tão bem?

Munida desses questionamentos, comecei a buscar de que forma eu poderia responder essas perguntas. Primeiramente, me encantei com a psiconeuroimunologia e essa busca da relação entre o cérebro, o comportamento e o sistema imunológico. Ingressei no mestrado com esse propósito. Mas depois da ampliação do meu próprio saber, assim como do conceito de saúde para além da visão biológica e cartesiana, o qual eu compartilhava dada minha formação em Farmácia em 2003, pude definir melhor o que eu buscava. Resolvi investigar algo que já acontecia em vários hospitais no Brasil e no mundo: a inserção do palhaço nesse contexto. Mais especificamente estudar as intervenções realizadas por um projeto de extensão que existe desde 2007 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): os Terapeutas da Alegria (TA).

Conforme eu ia lendo sobre o tema diversas perguntas iam surgindo: Como as pessoas vivenciam a experiência de receber uma visita dos TA? Como os TA interferem, ajudam a ressignificar a saúde, o equilíbrio, a vida daqueles que passam por uma internação hospitalar? O que isso representa para essas pessoas? Será que a partir da interação com os palhaços elas conseguem, mesmo que por alguns instantes, perceber a vida para além daquela doença?

Dito isto, em parceria com o meu orientador, Professor Walter Ferreira de Oliveira, coordenador do Projeto de Extensão Terapeutas da Alegria, desenvolvemos a pesquisa apresentada a seguir que teve como questão norteadora: "Quais os significados da palhaçoterapia para os pacientes adultos internados no Hospital Universitário da UFSC, a partir das intervenções realizadas pelos integrantes do projeto de extensão Terapeutas da Alegria?"

1 INTRODUÇÃO

A palhaçoterapia tem diversas definições, nomenclaturas, atores e abordagens. De forma geral, representa um conjunto de técnicas circenses executadas por palhaços especificamente treinados para atuar dentro do ambiente hospitalar, de forma complementar ao tratamento (DIONIGI et al., 2012) proposto pelo modelo biomédico. Seu foco são as necessidades subjetivas, em sua maioria não expressas nas queixas ou prontuários médicos, as quais direcionam a dinâmica das interações realizadas pelos palhaços.

Os relatos do surgimento da palhaçoterapia são relativamente recentes e geralmente citam Patch Adams, o médico americano interpretado por Robin Williams no filme “Patch Adams: o amor é contagioso” e Michael Christensen, do Big Apple Circus, localizado em Nova Iorque. No Brasil, a palhaçoterapia se popularizou a partir do trabalho realizado pelos Doutores da Alegria. Entretanto, suas origens históricas são provavelmente anteriores a época de Hipócrates, já que este consagrou uma teoria que definia saúde como estado de harmonia entre o homem e a natureza, fruto do equilíbrio entre quatro humores.

Em 2008, professores do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) deram início ao projeto de extensão Terapeutas da Alegria (TA) no Hospital Universitário (HU) desta instituição. Além dos benefícios propostos aos pacientes internados no HU, esse projeto também visa uma formação mais humanística de seus integrantes, normalmente estudantes universitários das mais diversas áreas. Assim como os TA, mais de 700 organizações pelo Brasil e tantas outras pelo mundo realizam esse tipo de trabalho (MASETTI, 2013), apesar de sua desvalorização enquanto prática promotora de saúde. A literatura sobre o tema aponta que seus efeitos são majoritariamente benéficos. Isso facilita sua aceitação, apesar da baixa representatividade do tema em estudos científicos.

A palhaçoterapia visa fazer a ponte que une o cuidar eficiente a um cuidar mais humano, abarcando uma definição ampliada da saúde, que considera o ser humano como um todo em suas multiplicidades, para além do corpo físico. A centralidade deixa de ser a doença, o doente ou seus sintomas físicos e passa a ser a pessoa, sua nova realidade institucionalizada e os sentimentos consequentes dessas alterações.

Esse estudo trata-se, portanto, de uma pesquisa aplicada de abordagem qualitativa que visa descrever as características da interação dos pacientes com os Terapeutas da Alegria na busca de uma ordem

invisível ao olhar, examinando a compreensão subjetiva das pessoas com relação ao fenômeno e sua construção de significados.

A ampliação metodológica no campo da Saúde Coletiva faz-se primordial para elucidar processos complexos de adoecimento e cura, dada a crise do modelo biomédico hegemônico. Assim, compreender o ser humano, suas necessidades para além do corpo físico e os significados que este ser atribui às suas vivências é um caminho a ser adotado. Tentar esclarecer de que forma essas experiências alteram o acontecer da própria saúde é muito importante, pois elas podem modificar o comportamento já apropriado do paciente para agente. Isso pode auxiliar os processos de trabalho, valorizando as queixas individuais, dando autonomia aos seres, em consonância com a efetiva integralidade do cuidado.

Sendo assim, a tradição hermenêutica nos oferece conceitos, olhares e reflexões sobre a história e a experiência linguística individual e coletiva. Essas questões são fundamentais para a interpretação e compreensão de interações e discursos, possibilitando avanços importantes na pesquisa científica, processos de trabalho, serviços e sistemas de saúde.

Diversos estudos acadêmicos em outras áreas do conhecimento já foram feitos sobre os TA incluindo Jornalismo (NERY, 2014), Fotojornalismo (LONGO; EMERIM, 2013) e Educação Física (CORAZZA, 2010). Entretanto, no campo da Saúde Coletiva não existem ainda abordagens sobre o tema. Portanto, esse trabalho é composto por uma revisão do contexto em que se insere a palhaçoterapia, incluindo os significados atribuídos à saúde, à doença e ao hospital, assim como os conceitos de humanização e sua inserção histórica na saúde brasileira. Posteriormente, uma revisão sistematizada de literatura sobre a palhaçoterapia em ambiente hospitalar visa proporcionar uma visão geral do tema, suas utilizações e resultados. Em seguida apresenta uma análise qualitativa dos dados coletados a partir da observação das intervenções dos TA seguidos de entrevistas com os pacientes adultos internados no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da UFSC.

Em tempos onde humanização da atenção e integralidade do cuidado são termos tão evidenciados dentro do nosso ameaçado sistema público de saúde, faz-se necessário investigar, entender e compreender como esse tipo de prática contribui na saúde de indivíduos hospitalizados. E como consequência indireta, promover a disseminação de uma prática considerada humanizadora, que integra diversas áreas do conhecimento e se concretiza pelo simples fato de "fazer o bem, sem olhar a quem", algo raro atualmente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os significados das intervenções dos Terapeutas da Alegria (TA) para pacientes adultos por eles visitados em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as bases teórico-metodológicas do processo de trabalho dos TA;
- Descrever os atos de intervenção dos TA no ambiente hospitalar;
- Analisar como as intervenções dos TA são vivenciadas e valorizadas pelos pacientes de um hospital universitário.

3 MARCO CONTEXTUAL

3.1 SIGNIFICADOS DE SAÚDE E DOENÇA

Scliar (2007) faz uma análise histórica da dicotomia saúde e doença afirmando que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, cultural, política e econômica de cada época. Varia de pessoa para pessoa, segundo valores individuais e concepções científicas, religiosas ou filosóficas. Também determina a forma como o homem percebe e se relaciona com a saúde, com o adoecimento e a morte.

A visão mágico-religiosa do adoecimento, adotada pelos antigos hebreus, definia doença como um fenômeno sobrenatural, um sinal de 'cólera divina diante dos pecados humanos'. A cura era uma consequência natural ou divina, condicionada pela fé (SCLIAR, 2007). Essa visão ainda fundamenta crenças em algumas culturas, sociedades e indivíduos em diversas partes do mundo (BARROS, 2002).

Em contraponto, papiros egípcios datados de 3.000 a.C. relatam que as doenças eram fenômenos puramente naturais. Esse enfoque foi impulsionado no ocidente com o surgimento da filosofia e sua forma de explicar as origens do universo e a vida.

Atribui-se a Empédocles (490 - 430 a.C.) a concepção do mundo procedente da junção equilibrada dos quatro elementos: água, terra, fogo e ar. Acmeon aprimorou a ideia de equilíbrio e trouxe grandes contribuições para o que conhecemos como Medicina Holística. Reconciliou as ideias de Heráclito (540 - 480 a.C.) e Pitágoras (580 - 500 a.C.), unindo conceitos de equilíbrio dinâmico, propondo um sistema de forças, no qual as opostas se neutralizariam e proporcionam harmonia (saúde) ou, caso contrário, conflito (doença). Defendia, assim como Pitágoras, que uma vida saudável estava diretamente relacionada com a moderação, sendo ao corpo humano necessários diversos limites e controles para manutenção da saúde (BARROS, 2002).

Essa teoria evoluiu, atingindo seu auge com Hipócrates (460 - 377 a.C.), considerado o pai da medicina ocidental. Ele definiu saúde como estado de harmonia entre o homem e a natureza, fruto do equilíbrio de quatro humores que predominavam em determinadas estações do ano: bile amarela (verão), bile negra (outono), sangue (primavera) e fleugma (inverno). Essa teoria ainda prevalece em algumas tradições orientais, como a medicina tradicional tibetana e a ayurvédica (BARROS, 2002).

Hipócrates criticou a causalidade divina das doenças e a ignorância humana, valorizando a observação empírica dos casos (SCLIAR, 2007).

Pode-se dizer que a civilização grega, no culto às deusas Higeia e Panacea, que representavam a saúde e a cura respectivamente, significaram um redirecionamento da visão mágico-religiosa para a empírico-racional do processo saúde-doença (BARROS, 2002). Redirecionamento este, evidenciado pela adoção de intervenções, valorização das práticas higiênicas e de métodos de cura naturais ou utilizando plantas, além de procedimentos ritualísticos. Significaram uma ampliação da visão para além da doença e da morte, mas para o culto à saúde, como se pode concluir ao ler os escritos de Hipócrates reunidos em sua obra clássica *Corpus Hippocraticum* (SCLIAR, 2007).

Galeno (129 – 199 d.C.), um dos médicos que exerceu grande influência na história da medicina ocidental, defendia que a doença tinha causas internas derivadas da constituição física ou hábitos. Ele sintetizou o conhecimento médico existente, fornecendo as bases para a prática médica predominante na Europa nos séculos XV e XVI, que avançou junto com o Império Romano e com o cristianismo, tornando-se dogmática e inquestionável (BARROS, 2002). Uma grande lacuna na evolução desses conceitos, claramente percebida durante a Idade Média, cujas práticas de saúde com fundamento mágico-religioso predominaram no Ocidente em função da hegemonia do catolicismo romano, sendo a salvação da alma o principal objetivo. Contudo, as ideias hipocráticas se mantinham, não tão expressivas, mas preconizando o equilíbrio e evitando-se viver contra a natureza (BARROS, 2002).

Já no século XVI, iniciou-se a transição da escola galênica para o modelo biomédico, representado pela figura de Paracelso (1493-1541) que afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Ele afirmava que já que os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, a cura deve ser dada por componentes químicos, denotando sua influência pela alquimia (SCLIAR, 2007; BARROS, 2002). Entretanto, isso não representou avanços no tratamento das doenças, ainda aceitas com resignação (SCLIAR, 2007).

É certo afirmar que a evolução histórica dos conceitos de saúde e doença acompanharam o desenvolvimento da ciência, já que através dela o homem busca elaborar respostas e soluções, na ânsia de compreender a si mesmo e ao mundo onde vive. Fruto comprovado desta necessidade, segundo Köche (2012), onde não há ciência, o homem cria mitos. Assim, desde que existe vida, o homem se questiona sobre o adoecimento e a morte. E os significados atribuídos aos processos de adoecimento e cura influenciam diretamente a forma de defrontar e elucidar estas situações.

As ideias renascentistas do século XVII, fortemente influenciadas pelo método cartesiano e pela mecânica newtoniana, foram as bases do modelo biomédico, hegemônico até os dias de hoje. Sem dúvida o filósofo e matemático René Descartes (1596 - 1650) foi um marco na história da ciência. Sua obra foi, de forma resumida, constituída por verdades baseadas em evidências, livre de julgamentos e dúvidas, estudando o todo em partes menores. Isso embasa o dualismo mente e corpo e a comparação do funcionamento do corpo humano ao de uma máquina. Essa visão cartesiana do ser humano foi reforçada pela matemática da mecânica newtoniana, propostas por Isaac Newton (1642 - 1727). A partir da descoberta de uma forma supostamente precisa de acesso a realidade, representada pelo método científico, o conhecimento verdadeiro passou a ser dado pela ciência (BARROS, 2002).

Esses avanços científicos proporcionaram as bases para notáveis descobertas no diagnóstico e tratamento de doenças, comprovados pela prática clínica que passou a contar com avanços tecnológicos extremamente úteis na luta contra a morte e ao adoecimento (BARROS, 2002). Entretanto, gerou cega confiabilidade na ciência, subjugando a influência da subjetividade humana na saúde. O termo subjetividade, refere-se a compreensão individual de cada sujeito sobre determinado fenômeno (UFSC, 2010), em contraponto a objetividade proposta pelo método cartesiano. De fato, a principal crítica ao último afirma que para que se pudesse explicar satisfatoriamente um problema, a observação dos fatos não seria suficiente e a interpretação dos mesmos dependeria de um fator humano, portanto subjetivo, assim como de um referencial teórico (KÖCHE, 2012).

3.2 O SURGIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL

Os hospitais surgiram nos primeiros séculos da era cristã, quando prevaleciam a visão mágico-religiosa da doença, a crenças nos milagres da cura por Cristo e a caridade como virtude dos cristãos (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Em seu clássico trabalho intitulado *O nascimento do Hospital*, Foucault (1979) relata que, de sua origem até o século XVIII, o hospital não era um local de cura ou tratamento de doenças, mas de abrigo e conforto aos viajantes, pobres e doentes, já que na época a miséria e a enfermidade estavam estritamente associadas. Era o local de garantia à salvação espiritual enquanto a morte não chegava, já que predominava a

crença de que a doença ou a cura eram divinas e dependente da fé. Esses locais eram inclusive chamados de 'Casas de Deus' ou 'Casas de Misericórdia'. Uma segunda função do hospital era o isolamento de indivíduos considerados perigosos, seja pela sua doença ou pelo perigo que poderiam representar para a ordem social (FOUCAULT, 1979).

A visão de saúde que fundamentava a rotina hospitalar até o século XVIII fazia com que este fosse caótico do ponto de vista terapêutico, já que agrupava indivíduos doentes, sem cuidados específicos com estes ou com as instalações. Alguns relatos bíblicos ilustram inclusive essa visão hebraica antiga onde a preocupação era o diagnóstico e isolamento dos doentes e não o tratamento, a exemplo da lepra e seus leprosários (SCLIAR, 2007). O hospital era visto, por vezes, como foco perpétuo de doenças.

O poder e o controle administrativo eram exercidos pelos religiosos, o que proporcionou o desenvolvimento considerável do cristianismo (FOUCAULT, 1979). O próprio termo hospital significa um local sob a guarda de ordens religiosas, derivado do termo hospitalários (SCLIAR, 2007). O médico só era chamado para casos mais graves e a medicina do século XVII e XVIII ficava restrita a consultas domiciliares (FOUCAULT, 1979).

A origem do hospital como instrumento terapêutico, ideologia presente até a atualidade, é advinda da inserção dois processos dentro desse espaço: a disciplina e a atividade médica (FOUCAULT, 1979).

A disciplina hospitalar tem suas raízes nos hospitais marítimos e militares. Foi incorporada devido a necessidade de reorganização administrativa e regulamentação econômica, já que os hospitais se tornaram ponto de tráfico de mercadorias e, por vezes, abrigavam soldados que precisavam ser curados, dado seu valor econômico pela habilidade em manusear o fuzil (FOUCAULT, 1979). Portanto, não surgiu da necessidade de curar, melhorar as condições de saúde da população ou aprimorar seus processos técnicos ou terapêuticos, mas sim de uma tecnologia política.

Após a Revolução Francesa, com seus ideais iluministas, tais instituições começaram a ser reformadas com objetivo de sanear e superar a exclusão e violência impostos. Philip Pinell, médico e professor da faculdade de medicina de Paris, começou a retirar dos hospitais as pessoas que não eram doentes e dar-lhes outros destinos. Com isso começou um processo de identificação, classificação, descrição e separação de patologias e doentes. Uma produção e construção de saberes da prática médica conhecida hoje como clínica (LANCETTI; AMARANTE, 2015).

A partir da inserção da clínica, o hospital passa a ser visto como um local de cura e os médicos passam a ser detentores do poder. Autoridades maior nesta arte, tornam-se também responsáveis pela administração hospitalar, que antes pertenciam as ordens religiosas. A visão de saúde que orienta suas práticas acompanha essa transição.

Apenas a partir de 1.770 torna-se obrigatória a presença de um médico no hospital. Surgem então os regulamentos e protocolos médicos, o hospital transforma-se em um local de acúmulo de informações cruciais sobre a clínica e local de formação e aprendizado para estudantes de medicina. A doença, agora vista como um processo natural, e o meio de intervenção era o controle do ambiente, surgindo o modelo epistemológico da doença como botânica, que considera água, ar, alimentação como o solo onde se desenvolvem os indivíduos e as diversas de doenças. A medicina era vista como de crise ou do meio (FOUCAULT, 1979).

Dessa forma, é possível supor que antes da inserção da clínica e da disciplina no hospital, apenas o sofrimento humano era valorizado já que a assistência era voltada para salvação espiritual. A subjetividade era valorizada e muito pouco se intervinha na cura ou tratamento dos doentes. A partir do momento que a ciência, seu desenvolvimento e a técnica passam a direcionar o funcionamento dos hospitais na busca pela cura, fundamentada pelo viés positivista, fica em segundo plano o lado humano, individual, subjetivo. Fica evidente a separação entre mente e corpo. Cabe refletirmos se a assistência prestada anteriormente, com suporte individualizado em situações de crise e valorização das queixas derivadas da fragilidade emocional, não era a efetiva busca da cura, mesmo que de forma não intencional.

3.3 A SAÚDE A PARTIR DO OLHAR DAS CIÊNCIAS HUMANAS

Campos (2013) faz uma breve reflexão sobre a medicina no século XX, ilustrando que o modelo biomédico permaneceu praticamente inalterado nesse período e que, apesar dos inúmeros avanços tecnológicos, muito se perdeu na capacidade de interação humana acompanhada por uma desvalorização do lado familiar, subjetivo, social, histórico, cultural e emocional de cada indivíduo. Ele traz à tona a unanimidade médica global da hiper valorização das tecnologias disponíveis na luta contra a morte e o sofrimento humano em detrimento do objetivo final do médico, que é a melhoria da condição de saúde de

indivíduos e das populações. Ressalta ainda, que a eficácia dos procedimentos não pode ser massificada e que a singularidade de cada caso não deve ser esquecida pelos profissionais de saúde.

Os avanços científicos após o Renascimento deslocaram Deus do centro do universo para colocar o homem moderno, dotado de sua racionalidade. A aplicação do seu conhecimento em diversas áreas trouxe expectativas de explicação de processos complexos como a própria existência, a vida e a morte, assim como de resolver angústias e o sofrimento humano (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). Uma busca incessante por definir, classificar, enunciar, explicar muitas vezes o inexplicável. O pensar sobrepõe-se ao sentir. Assim, essa busca desenfreada pela objetividade acabou por diminuir a importância do fator humano nas relações, comprometendo questões fundamentais na promoção e recuperação da saúde.

De acordo com Martins (2003) do ponto de vista histórico, o início da desumanização da assistência à saúde se deu pela aliança entre os cientistas e os homens de negócios quando tentaram organizar a medicina com interesses pessoais e mercadológicos, fenômeno este conhecido como medicina tecno-utilitarista ou mercantilização da saúde.

A verdade científica de cura e terapêutica gerou um fenômeno chamado por Tesser de 'medicalização social', baseado no estudo de Ivan Illich de 1975 (TESSER, 2006). Esse fenômeno foi definido por Barros (1984) como "a crescente dependência e elevado consumo de serviços e bens médicos-assistenciais por indivíduos e pela sociedade". Sua origem histórica deriva de múltiplos fatores que vão desde os avanços científicos na área da microbiologia, da farmacologia e da etiologia unicausal das doenças ao desenvolvimento de tecnologias diagnóstica-terapêuticas ao surgimento do capitalismo.

Sem querer tirar o mérito avanços tecno-científicos para a cura e manutenção da saúde, esse processo de medicalização social trouxe certa alienação em relação a outros saberes e práticas por parte dos profissionais de saúde, educados na ideologia técnica e científica, assim como um distanciamento da consciência corporal, autonomia e responsabilização individual, já que os sintomas são mais valorizados do que as queixas ou o sofrimento em si (TESSER, 2007).

Apesar da inexistência do que conhecemos hoje como saber científico, os filósofos gregos preconizavam hábitos similares aos valorizados atualmente na manutenção de um bom estado de saúde. Naquele tempo, não havia divisão entre as áreas especialidades para o cuidar humano, já que se olhava o conjunto e não as partes. Parece que o advento da ciência limitou o homem a métodos que o impediram de

observar livremente a vida, a evolução de processos de adoecimento e cura, considerando seus inúmeros fatores. O empirismo substituiu a especulação. A ciência trouxe avanços, mas também criou a dependência e a confiança cega, por vezes até dogmática. Vale ressaltar o quanto nos afastamos das reais necessidades humanas, evidenciado pelo descontentamento e pelas desigualdades atuais em saúde.

3.4 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Na prática brasileira, esse reducionismo da complexidade humana incitou algumas mudanças, que refletiram principalmente no arranjo político e social da assistência e da gestão em saúde. Os modelos de atenção predominantes nas últimas décadas foram: o Modelo Médico Assistencial, caracterizado pela racionalidade, pela atenção médica individual com ênfase no biologicismo e na medicalização dos problemas e o Modelo Sanitarista, com enfoque em necessidades nem sempre coincidentes com as demandas da população, além de suas características hierárquicas e autoritárias, baseada na organização vertical (PAIM, 2008).

A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado. Direito social esse, pautado em valores como dignidade, liberdade, solidariedade e igualdade: princípios éticos vinculados à concepção dos direitos humanos (BRASIL, 1988). O projeto da Reforma Sanitária Brasileira buscou reorientar o sistema de saúde através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com avanços importantes, tais como: a ampliação da rede de cobertura; atendimento universal para todo cidadão brasileiro; a garantia formal do financiamento para as políticas, programas, projetos e ações, ainda que se reconheça a necessidade de ampliação; criação de instâncias de negociação e participação dos diversos atores envolvidos, dentre outros (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

Apesar desses avanços, alguns desafios se mantêm, como a predominância da racionalidade biomédica e do modelo de atenção hospitalocêntrico, com excesso de tecnologia e a supervalorização da especialização, as decisões gerenciais verticalizadas e a fragmentação do processo de trabalho. Estes desafios reforçam a dificuldade em efetivar um modelo de atenção e gestão à saúde que implique em mudanças estruturantes. Coadunam-se com práticas de saúde comumente denominadas como desumanas quando, subtraem do cidadão seus direitos

sociais e o submete a práticas mecanicistas, rotineiras que o homogeneizam e o rotulam como meros usuários do sistema. Desconsidera a singularidade inerente ao ser, tornando impossível percebê-lo como ser humano, merecedor de um tratamento solidário, digno e respeitoso.

Nesse contexto, a partir de um número significativo de queixas referentes aos maus-tratos nos hospitais identificadas pelo Ministério da Saúde (MS), foi implementado em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH teve como principais objetivos: difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira, com melhoria na qualidade e eficácia da atenção fortemente ligada à qualidade da relação humana entre profissionais e usuários; capacitação profissional; desenvolvimento de indicadores e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; modernização das relações de trabalho tornando as instituições mais harmônicas e solidárias e recuperação da imagem pública junto à comunidade (BRASIL, 2001).

Qualificar o cuidado em saúde não significa apenas melhorar os procedimentos técnicos, diagnósticos, financeiros ou de infraestrutura, mas melhorar também o encontro, as relações que se estabelecem entre os sujeitos, promovendo uma mudança de cultura no atendimento de saúde (BRASIL, 2001). O conceito de humanizar ou de humanização no contexto do PNHAH, estava relacionado a garantir à palavra sua dignidade ética, onde o sofrimento humano e as percepções de dor ou prazer corporal encontram na palavra uma forma de humanizar. Humanizar a assistência diz respeito à produção dessa assistência, seus processos, as relações e não seus atores (PASSOS, 2009).

Dois anos após sua implantação e inserção em diversos programas em todos os níveis de atenção, o PNHAH deixou de ser um programa e passou a ser uma política: a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), também conhecida como HumanizaSUS (BRASIL, 2006). Programas têm baixa transversalidade, limitando a reorientação das práticas e sua esfera de ação (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011), o que estava diretamente na contramão da organização do SUS.

Grande parte das críticas ao programa referem-se aos incompreendidos conceitos de humanização e à organização do programa. A humanização no atendimento deve abranger iniciativas que apontem para a democratização das relações que envolvem o atendimento, incluindo a melhoria da comunicação e do diálogo entre profissional de saúde e paciente (DESLANDES, 2004). Quanto a

organização do programa, a PHN representa uma tentativa de superação do modelo de atenção hegemônico, no sentido de se sobrepor a fragmentação imposta pelos programas que remetem às campanhas sanitárias e programas especiais que desconsideram determinantes mais gerais e não favorecem a integralidade nem a descentralização (PAIM, 2008).

A PNH adota e reafirma o conceito abrangente de saúde, com implicações na organização de uma prática em saúde integral assim como crítica ao reducionismo do modelo biomédico e a compreensão das diversas dimensões que determinam e condicionam a produção de saúde e de doença, localizando o indivíduo no centro da ação (MATTA, 2007; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011)

De acordo com suas diretrizes e dispositivos, grande parte das ações da PNH são comuns aos três níveis de atenção e podem acontecer simultaneamente. Dentre elas, o acolhimento implica receber bem, oferecer proteção e amparo, fazendo uso de escuta qualificada, com resposta capaz de resolver o problema apresentado, garantindo atenção integral, responsável e resolutiva com a articulação das redes de serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Trata-se de uma postura ética que engloba responsabilização da equipe pelo usuário durante toda a assistência (BRASIL, 2006). Já a escuta qualificada visa garantir análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados pelo usuário, ressaltando a importância da palavra, que não pode ser reduzida a simples informação para compor a anamnese (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA; 2006). O conceito de ambiência propõe que um espaço físico na saúde não se separa da produção de saúde e de subjetividade. Subjetividade vista como produto das redes da história, descentrada do indivíduo (TORRE, AMARANTE, 2001), importante na produção do adoecimento e de suas soluções possíveis. Todo sujeito é um ser em conexão com outros seres e outras vidas. Portanto ambiência refere-se a um ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde, voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006). A Clínica Ampliada tem como foco a produção de saúde e a defesa da vida, não simplesmente com a produção de procedimentos, mas que avalie os riscos de morrer ou adoecer, sejam eles biológicos, subjetivos e sociais (BRASIL, 2006).

Mesmo com as mudanças propostas pelo SUS no combate ao modelo hospitalocêntrico, inspiradas na Conferência Internacional de Atenção Primária em Alma-Ata, os hospitais continuam tendo papel-chave nos cuidados de saúde. Representam cerca de 50% dos gastos nacionais com saúde, além de ocuparem posição emblemática aos olhos

da população tido como expressão máxima do sistema de saúde e local de concentração de conhecimento médico. Nesses locais a maior parte das pessoas nascem, adoecem e morrem (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Isso justifica a necessidade de pesquisas futuras no sentido de melhorar a qualidade da atenção hospitalar, assim como tem sido feito com a Atenção Básica nos últimos anos.

4 MARCO CONCEITUAL

4.1 PRÁTICAS ALTERNATIVAS À RACIONALIDADE BIOMÉDICA

O modelo biomédico hegemônico com o foco na doença, tem sido bastante criticado na atualidade. Apesar de não contemplar as necessidades de saúde existentes, ainda orienta grande parte da formação profissional em saúde, além de ser a ideologia predominante em campo. O funcionamento dos hospitais, de modo geral, ainda reflete essa visão restrita de saúde, juntamente com a disciplina e a hierarquia, heranças históricas (FOUCAULT, 1979).

É inegável que a maneira como as pessoas vivem, moram, alimentam-se, trabalham, amam, divertem-se, movimentam seus corpos, levam as suas vidas, o saber popular sobre saúde e os conhecimentos que os diferentes segmentos sociais acumularam, interferem em seu equilíbrio vital e, portanto, no seu processo saúde-doença (CAMPOS, 2015). De acordo com Minayo (2014) o questionamento das verdades médicas e do saber científico, derivados das desigualdades sociais e em saúde, tem causado descontentamento da sociedade. Masetti (2000) acrescenta que esse descontentamento é demonstrado pelo aumento da procura por terapias alternativas a essa racionalidade biomédica.

No Brasil, em um dado momento histórico, diversos rearranjos políticos começaram a apontar a humanização como tema central, sendo a própria implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNAHA) exemplos disso. Essas iniciativas retratam tentativas de mudança de um ambiente que existia para um ambiente que se queria.

É possível afirmar que o trabalho da arte em suas diversas manifestações seja dar expressão humana às leis da natureza, lembrando ao homem sua essência divina e talvez, inexplicável. Sua conexão com algo supremo e absoluto. A presença do palhaço no ambiente hospitalar é uma prática relativamente recente que emerge da tentativa de “reinsserir a questão da vida num ambiente asséptico e controlado” (MASETTI, 2000).

4.2 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A PALHAÇOTERAPIA EM AMBIENTE HOSPITALAR¹

Diversas ações de humanização da assistência hospitalar têm sido adotadas mundialmente. Mais do que humanizar o atendimento, visam melhorar as relações entre profissionais da saúde e pacientes e junto às instituições de saúde. Essas ações buscam resgatar valores como solidariedade, colaboração, afetividade nas relações, respeito à diversidade, valorização das queixas, cuidado com o outro, em contraponto a lógica atual que privilegia o lucro, as formas de exclusão, o mercado, a competitividade entre outros valores “desumanizantes” (OLIVEIRA, 2016).

A atuação de palhaços em hospitais visa integrar um cuidar eficiente e um cuidar mais humano, em consonância com o conceito ampliado de saúde, considerando o ser humano um todo em suas multiplicidades, para além do corpo físico. A centralidade deixa de ser a doença, o doente ou seus sintomas físicos e direciona-se para a pessoa, sua nova realidade institucionalizada e os sentimentos consequentes dessas alterações.

A palhaçoterapia tem diversas definições, nomenclaturas, atores, finalidades, abordagens e públicos. Uma de suas definições, feita por Dionigi et al. (2012) assume tratar-se da “implementação de técnicas de palhaço derivadas da arte circense, para o contexto da doença, no intuito de melhorar o humor das pessoas e seu estado mental” (p. 213, tradução dos autores). Seu foco são as necessidades subjetivas dos pacientes, as quais direcionam a dinâmica e o improviso das interações realizadas pelos palhaços, em sua maioria não expressas nos prontuários médicos.

Dionigi et al. (2012) ressaltam ainda que os palhaços provavelmente existem desde Hipócrates, já que os médicos daquela época acreditavam que o bom humor influenciava positivamente o processo de cura. Entretanto a valorização do uso do humor na medicina é recente e deriva principalmente do questionamento do modelo biomédico hegemônico (TAN, 2014). O primeiro relato da presença de palhaços em hospitais foi em Londres, em uma enfermaria infantil, no ano de 1908 (TAN, 2014). Mas sua efetiva inserção cita nomes contemporâneos, como Patch Adams, do Gesundheit Institute, idealizado

¹ O texto apresentado nesta sessão compôs um artigo intitulado “Palhaçoterapia em ambiente hospitalar: uma revisão de literatura”, submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva em 26/05/2017.

no início da década de 70 (ADAMS, 1999) e Michael Christensen, do Big Apple Circus Clown Care Unit, fundado em 1986 (NOGUEIRA, 2006).

A prática da palhaçoterapia no Brasil iniciou-se em 1991, trazida de Nova Iorque por Wellington Nogueira que trabalhou na Clown Care Unit e aqui fundou os Doutores da Alegria, organização da sociedade civil que influenciou muitos outros grupos, tanto na prática quanto na pesquisa da palhaçoterapia (NOGUEIRA, 2006). Um levantamento feito em 2012, indicou que mais de 700 grupos de palhaços profissionais e amadores realizam ações e formações de palhaços de hospitais no Brasil (MASETTI, 2013) e tantos outros ao redor do mundo. Além dos benefícios terapêuticos dessa prática aos pacientes internados, muitos projetos também visam uma formação mais humanística de seus integrantes, normalmente estudantes universitários de diversas áreas (MASETTI, 2013).

Torna-se oportuno compreender e analisar a produção de conhecimento científico da palhaçoterapia em ambiente hospitalar a partir da literatura nacional e internacional dada a ênfase em integralidade do cuidado e humanização da assistência no âmbito da saúde brasileira. Portanto, esse é um estudo de revisão que buscou nas principais bases de dados trabalhos referentes a atuação do palhaço no contexto hospitalar, considerando suas utilizações e resultados, junto a pacientes hospitalares adultos e crianças.

4.2.1 Método da revisão sistematizada

Foi realizada uma revisão de literatura com base nas diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA), cujos conceitos e tópicos gerais são importantes não só para revisões sistemáticas, mas também para outras formas de revisão de literatura (MOHER et al., 2009). O Prisma Statement, composto por um fluxograma e um *checklist*, ordena as etapas de identificação, rastreamento, seleção e análise de publicações, evitando direcionamento dos resultados (MOHER et al., 2009).

As bases de dados utilizadas incluíram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), englobando periódicos das bases de dados do Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), o Index Psicologia (IndexPsi) e o Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS). Também foram utilizadas as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Publisher Medline (PubMed).

As buscas foram realizadas em maio de 2016, sem restrição de período inicial ou tipo de documento, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram empregados descritores e/ou palavras chave, de acordo com a base de dados, suas derivações e traduções em inglês e espanhol, assim como combinações utilizando operadores booleanos. As chaves de busca utilizadas em cada base de dados e o número total de publicações encontradas estão descritas no quadro 1.

Quadro 1. Chaves de busca por bases de dados e número de publicações encontradas.

BASES DE DADOS	CHAVES DE BUSCA	Nº
LILACS, IBECS, INDEXPSI e BDNF, via BVS	"terapia do riso" OR "riso-terapia" OR "riso terapia" OR "risoterapia" OR "terapia do palhaço" OR "palhaçoterapia" OR "palhaço no hospital" OR "palhaço de hospital" OR "palhaços-doutores" OR "doutor palhaço" OR "doutores palhaços" OR "doutores do riso" OR "terapeutas da alegria" OR risaterapia OR "terapia de larisa" OR "Clown Doctor" OR (laughter AND therapy) OR (hospital AND clown*)) AND (instance:"regional")	70
Scielo Regional	"terapia do riso" OR "riso-terapia" OR "riso terapia" OR "risoterapia" OR "terapia do palhaço" OR "palhaçoterapia" OR "palhaço no hospital" OR "palhaço de hospital" OR "doutor palhaço" OR "doutores palhaços" OR "palhaços-doutores" OR "doutores do riso" OR "terapeutas da alegria" OR risaterapia OR "terapia de larisa" OR "Clown Doctor" OR (laughter AND therapy) OR (hospital AND clown*)	17
PubMed / Medline	"laughter therapy"[MeSH Terms] OR ("laughter"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "Clown Doctor"[All Fields] OR (("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields] OR "hospital"[All Fields]) AND ("clown"[All Fields] OR "clowns"[All Fields] OR "clowning"[All Fields])) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])	423
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY((Laughter AND Therapy) OR (hospital AND clown*) OR "Clown Doctor") OR TITLE-ABS-KEY("terapia do riso" OR "riso-terapia" OR "risoterapia" OR "risoterapia" OR "terapia do palhaço" OR "palhaçoterapia" OR "palhaço no hospital" OR "palhaço de hospital" OR "doutorpalhaço" OR "doutorespalhaços" OR "palhaços-doutores" OR "doutores do riso")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Portuguese"))	443

Os critérios de exclusão adotados para seleção dos artigos para análise, considerando o objetivo desse estudo, foram: a) quanto ao local, estudos sobre a palhaçoterapia em ambientes diferentes do hospitalar; b) referentes aos participantes da pesquisa, intervenções com foco nas alterações provocadas somente nos pais ou acompanhantes, profissionais de saúde ou palhaços; c) quanto ao método utilizado, estudos que apresentavam resultados sem menção do método de análise de dados e estudos ditos qualitativos, que citavam métodos de coleta e análise apenas quantitativos; d) referentes aos tipos de estudo, relatos de experiência; e) pesquisas sobre intervenções esporádicas ou com profissionais de saúde ou estudantes treinados apenas para fins do estudo.

Apesar da inexistência de um número expressivo de estudos sobre o tema, acredita-se que para que uma pesquisa sobre a palhaçoterapia tenha resultados mais confiáveis, sua prática deve ter alguns requisitos mínimos dada sua heterogeneidade. Entre esses requisitos, ressaltamos a preparação para exercer a função de palhaço no ambiente hospitalar. Não se trata de formação profissional, mas a aquisição de habilidades artísticas e a preparação para exercê-las nesse ambiente. Entende-se assim, que a continuidade do trabalho é parte fundamental da ação terapêutica.

4.2.2 Resultados da revisão sistematizada

A busca descrita anteriormente encontrou um total de 953 publicações. O software Endnote Web, desenvolvido pela Thomson Reuters, foi utilizado para gerenciar as referências bibliográficas (ESTOMIOLO, 2013). Após remoção de 235 títulos por duplicidade, a amostra ficou reduzida a 718. Na filtragem manual pelo título foram removidas 533 publicações que não tinham relação com o tema de estudo, especialmente pela confusão gerada pela existência de um tipo de tumor nasal comumente chamado *clown nos* (COLLETTI et al., 2014). Posteriormente, com o rastreamento por título e resumo, foram removidas outras 129 publicações que não tinham relação com o tema, não se encontravam disponíveis ou, apresentavam-se em outro idioma, diferente dos selecionados. Às 56 publicações restantes foram adicionadas outras 16 encontradas por busca manual, com base em referências bibliográficas do material encontrado, resultando no total de 72 publicações lidas integralmente.

Após essa leitura foram descartadas 54 publicações de acordo com os critérios de exclusão expostos anteriormente. Assim, restaram para análise 18 publicações. A figura 1 apresenta o fluxograma da revisão de literatura, conforme as etapas preconizadas por Moher et al. (2009. p. 3).

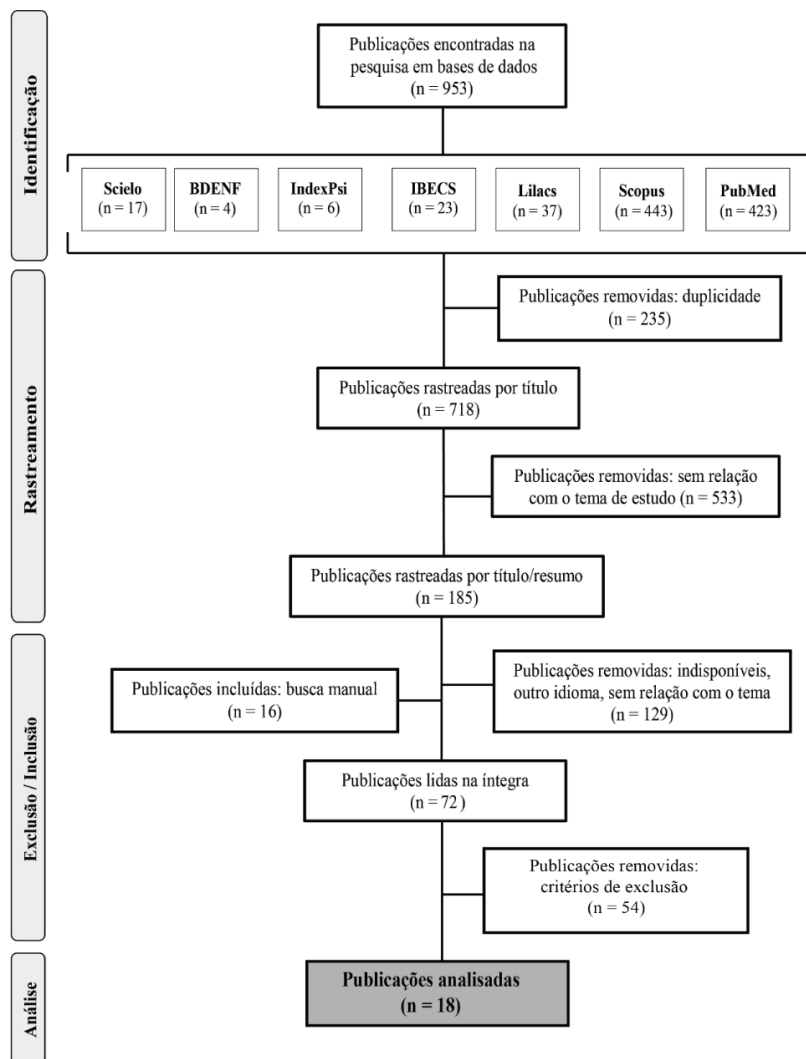


Figura 1. Fluxograma da revisão de literatura (MOHER et al., 2009, p.3).

As 18 publicações foram lidas na íntegra e estão resumidamente listadas no quadro 2 apresentado a seguir. O quadro inclui os autores principais, o ano de publicação, o título do trabalho e um breve resumo contendo objetivos, métodos e principais resultados encontrados.

Quadro 2. Resumo das publicações selecionadas para análise.

AUTOR ANO	TÍTULO	RESUMO
AQUINO et al., 2004	Doutores da graça: a criança fala.	Identificou a opinião de crianças hospitalizadas sobre os Doutores da Graça utilizando análise de conteúdo. Concluiu que o palhaço tem o poder de diminuir as dores, deixando-as mais fortes, autônomas, bem-humoradas e alegres, suprimindo a necessidade de brincar, compartilhando olhares e emoções.
BERTINI et al., 2011	Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies.	Investigou os efeitos da presença de um palhaço na evolução clínica de crianças com patologias respiratórias utilizando grupo controle. As crianças do grupo experimental mostraram desaparecimento dos sintomas, diminuição de pressão arterial, frequência respiratória, temperatura e dor em comparação ao grupo controle. Concluiu que a palhaçoterapia pode auxiliar na recuperação clínica das crianças.
DIONIGI et al., 2012	Clowns in hospitals.	Capítulo do livro 'Humor and Health Promotion' contextualizou a palhaçoterapia, seu desenvolvimento e utilização. Ressaltou a importância de esclarecer o papel do palhaço devido sua desvalorização e a necessidade de proporcionar formação adequada, pois eles têm como missão um desafio: trabalhar com as emoções dos pacientes.
DIONIGI et al., 2014	Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial.	Investigou se a intervenção do palhaço poderia reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças, utilizando grupo controle randomizado. A intervenção <i>clown</i> reduziu a ansiedade das crianças e pais que apresentaram melhor adaptação do que as do grupo controle.
ESTEVES et al., 2014	Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada.	Revisão de literatura que refletiu sobre a humanização de espaços, rotinas e atmosferas, e atenuantes das experiências vividas na internação, incluindo a intervenção dos palhaços de hospital. Ressaltou aspectos psicossociais da internação pediátrica, procurando a criança "por detrás" do corpo doente. A intervenção dos palhaços promove expressão livre da criança, de sua autonomia, criatividade, exploração e conhecimento do mundo e desenvolvimento psicossocial.

FERNANDES, ARRIAGA, 2010	The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery.	Estudou o efeito da intervenção do palhaço na redução da ansiedade pré-operatória e das respostas emocionais em crianças utilizando grupo controle. Houve redução na ansiedade pré-operatória e respostas emocionais não só em crianças, mas também em seus pais. As crianças sentiram-se mais calmas e felizes. A opinião dos profissionais de saúde sobre a intervenção dos palhaços foi favorável.
FORD et al., 2013	More than just clowns - Clown doctor rounds and their impact for children, families and staff.	Estudou o impacto da palhaçoterapia em cenário pediátrico agudo sobre as crianças, famílias, profissionais de saúde e palhaços utilizando análise de conteúdo. Rica descrição e evidências de que o impacto das visitas é vivenciado além da interação, não articulado anteriormente. Destacou a complexidade do trabalho e o alto nível de habilidades necessárias para improvisar baseado em necessidades e respostas individuais.
GOLAN et al., 2009	Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial	Comparou os efeitos da interação com palhaços na ansiedade pré-operatória aos efeitos da utilização de midazolam ou ausência de terapia farmacológica, utilizando grupo controle randomizado. Concluiu-se que a utilização de palhaços pode aliviar significativamente a ansiedade pré-operatória antes da anestesia.
KINGSNORTH et al., 2011	Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study	Estudou os efeitos da intervenção <i>clowning</i> em pacientes internados em um hospital, observando as crianças em 4 dias, alternando um programa de televisão e a visita do palhaço. As diferenças mais significativas encontradas na intervenção <i>clowning</i> : alterações no SNA; relatórios de humor, expressões faciais, emoções e vocalizações mais positivas. Concluíram que o <i>clowning</i> tem impacto direto e positivo sobre as crianças e ressaltaram a importância de abordagens alternativas na promoção do bem-estar.
LINGE, 2012	Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns.	Propôs uma compreensão teórica das experiências de relações com palhaços de hospital na perspectiva das crianças, usando a teoria psicológica e análise fenomenológica interpretativa. Caracterizou esse encontro como uma área mágica e segura, intermediária entre fantasia e realidade. Enunciou que essa ligação entre palhaço de hospital e criança é temporária, anônima, que reverte papéis e cria uma experiência emocional que oportuniza transpor barreiras.

LINGE, 2013	Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: a meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts.	Meta-análise que propôs entender mais profundamente os encontros entre os palhaços de hospitais e crianças. Concluiu que esse cuidado transcende barreiras, é mágico e seguro. Demandas e tratamentos são colocados de lado e prevalece o lado mais leve da vida. A alegria não exige algo em troca: um contrapeso positivo ao que era visto como falta de cuidado médico. Os palhaços usam diferentes soluções facilitando as coisas para as crianças, pais e funcionários.
MANSSON et al., 2013	Use of clowns to aid recovery in hospitalized children	Examinou como as crianças internadas percebem seus encontros com os palhaços utilizando análise do conteúdo. As crianças experimentaram a internação como sendo divertida, o que as ajudou a sentir-se mais em casa. A visita dos palhaços trouxe brincadeiras e humor, oportunidade de mudar o foco, proporcionando bem-estar e recuperação.
MARTINS et al., 2016	Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança	Analisou as repercussões da clownterapia na hospitalização da criança utilizando análise de conteúdo. Percebeu a formação espontânea de vínculos entre equipe de enfermagem, crianças e responsáveis, facilitando a compreensão e colaboração nas etapas do cuidado. A clownterapia é facilitadora das práticas da enfermagem no aspecto individual e coletivo, trazendo a perspectiva de promoção da saúde para estes sujeitos.
MESSINA et al., 2014	Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy	Avaliou a eficácia de terapia do palhaço em reduzir a ansiedade pré-operatória de crianças utilizando grupo controle randomizado. Existe uma relação positiva entre níveis de ansiedade na criança submetidos a cirurgia e a palhaçoterapia, especialmente durante a indução da anestesia. A ação do palhaço pode melhorar os cuidados hospitalares do paciente pediátrico. Existe resistência da equipe médica na inclusão deste na sala de operação.
SALIBA et al., 2016	Salivary Cortisol Levels: The Importance of Clown Doctors to Reduce Stress.	Correlacionou o entretenimento das atividades de palhaços em crianças hospitalizadas usando os níveis de cortisol numa abordagem quantitativa. Cada criança serviu de próprio controle em dois grupos: almoço e jantar. A intervenção dos palhaços é eficaz na diminuição desse um importante biomarcador fisiológico do estresse, o que atenua os efeitos da hospitalização, contribuindo para o processo de recuperação.

TAN, 2014	A Qualitative Phenomenographic al Study of the Experience of Parents with Children in Clown Care Services	Descreveu as impressões, experiências, benefícios, barreiras e impactos dos cuidados de um programa clown sobre pais e filhos em um estudo fenomenológico. A palhaçoterapia cria um estado emocional positivo, promove a interação e condições para um ambiente favorável. Tem influência nas memórias e sentimentos dos pais sobre a experiência de hospitalização da criança. Os resultados sugerem que a integração desses cuidados para a família e criança são importantes na promoção do bem-estar emocional e psicossocial.
VAGNOLI et al., 2005	Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study	Investigou os efeitos da presença de palhaços na ansiedade pré-operatória de crianças e nos pais ou acompanhantes durante a indução da anestesia utilizando grupo controle. A presença de palhaços durante a indução da anestesia, em conjunto com os pais, foi uma intervenção eficaz para controlar a ansiedade apesar da oposição da equipe pela interferência causada. Os autores incentivam a promoção desta terapia.
VAGNOLI et al., 2010	Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option?	Investigou comparativamente a eficácia da palhaçoterapia, do uso de midazolam ou da presença dos pais na redução da ansiedade pré-operatória utilizando grupo controle. Conclui-se que a intervenção clown é mais eficaz na redução da ansiedade em crianças durante o período pré-operatório do que o acompanhamento dos pais com ou sem o uso de midazolam.

Quanto a terminologia adotada neste trabalho, faz-se necessária uma breve explanação, já que esta não é uniforme nos estudos analisados, conforme pode ser visto no quadro 2. Masetti (2000) justifica a adoção do termo *clown* (palhaço, em inglês) no Brasil pela diferença entre palhaços de circo e os que atuam em outros espaços cênicos para plateias específicas, como é o caso dos palhaços de hospital. Preferimos adotar esse último termo neste estudo. Diversas nomenclaturas foram encontradas para as terapias que utilizam palhaços treinados especificamente para atuar em hospitais, tais como *therapeutic clown* (KINGSNORTH et al., 2011), *clown therapy* (MESSINA et al., 2014), *clown care* (TAN, 2014), ou uma mistura de idiomas como *clownterapia* (MARTINS et al., 2016) e arte do *clown* (AQUINO et al., 2004). Para este trabalho, adotamos o termo palhaçoterapia, ressaltando o potencial terapêutico da interação entre palhaço e paciente.

A partir da visão geral indicada no quadro 2, pode-se partir para uma análise dos resultados. Quinze dos dezoito trabalhos analisados foram publicados no período compreendido entre 2009 a 2016, evidenciando a contemporaneidade do tema, conforme pode-se visualizar na figura 2. Denota ascendência no número de publicações de 2012 a 2014, com posterior queda, já que nenhum trabalho selecionado foi publicado em 2015 e posterior aumento com 2 trabalhos publicados em 2016.

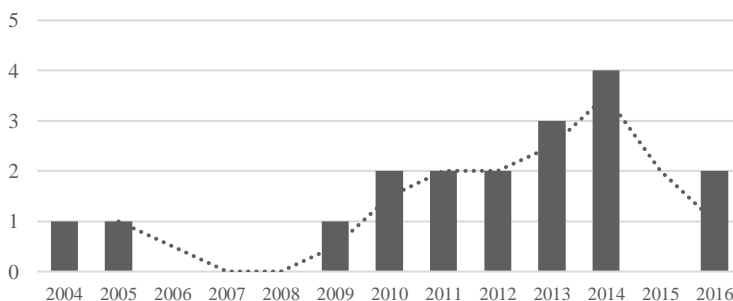


Figura 2. Número de trabalhos analisados por ano de publicação.

Quanto ao país de origem da publicação, Itália, Brasil, Suécia e Estados Unidos foram os países com maior número, 5, 4, 3 e 2 trabalhos, respectivamente. O restante dividiu-se igualmente entre, Portugal, Austrália, Canadá e Finlândia.

Dentre as dezoito publicações analisadas encontra-se 1 capítulo de livro, 2 artigos com coleta de dados secundários, sendo 1 de revisão de literatura e 1 meta análise. As outras quinze pesquisas incluíram a coleta de dados primários, sendo quatorze artigos e 1 tese. Destas quinze pesquisas, 9 tinham como população do estudo apenas crianças e 6, além de crianças, seus pais ou responsáveis. Nota-se a ausência total de estudos com foco nos efeitos e utilizações da palhaçoterapia em pacientes adultos hospitalizados.

Quanto ao método, 9 trabalhos constituíram-se de metodologia quantitativa, sendo que destes, 7 adotaram o ensaio clínico com grupos de controle como desenho de estudo. Estudos qualitativos somaram-se 8, sendo: 2 estudos fenomenológicos, 1 revisão de literatura de dados qualitativos, 1 meta análise – dita qualitativa em seu método, com o objetivo de fazer uma análise compreensiva de um número de estudos qualitativos que tratam de um fenômeno específico (LINGE, 2013), 1

estudo qualitativo compreensivo com técnicas da teoria fundamentada (FORD, 2013) e 3 estudos utilizaram análise de conteúdo para tratamento dos dados.

O quadro 3 fornece uma visão geral destes resultados. A partir da sua construção foi possível o agrupamento dos trabalhos em categorias de análise, para melhor orientar a discussão. Esse agrupamento se deu de acordo com o enfoque principal sobre as utilizações e resultados da palhaçoterapia junto a pacientes hospitalares identificado nos estudos, na tentativa de compreender e analisar a produção de conhecimento científico dessa prática.

4.2.3 Categorias

Como pode ser visualizado no quadro 3, a categoria menos expressiva agrupou 3 publicações com o objetivo comum de quantificar os efeitos da palhaçoterapia avaliando respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais, utilizando escalas e variáveis individuais. Essa categoria foi denominada ‘Respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais’. Na sequência, a categoria que analisou os efeitos da palhaçoterapia sobre a ansiedade pré-operatória agrupou 6 artigos e manteve mesma denominação. A categoria mais expressiva, que agrupou 9 publicações, diz respeito as modificações causadas nas práticas hospitalares e nos significados atribuídos pelos pacientes a sua estadia no hospital, categoria denominada ‘Ressignificação das práticas e do ambiente hospitalar’.

4.2.3.1 Respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais

Kingsnorth et al. (2011) conduziram um estudo piloto em Toronto, no Canadá, avaliando repostas fisiológicas, comportamentais e emocionais em sete crianças hospitalizadas, com intervenções em quatro dias, alternando a palhaçoterapia com um programa de televisão escolhido pelo paciente. Ao final, uma entrevista sobre a opinião dos pacientes referente a intervenção dos palhaços, juntamente com os dados fisiológicos coletados e as observações de treze profissionais da equipe de enfermagem auxiliaram na discussão dos resultados. Concluíram que palhaçoterapia tem um impacto direto e positivo sobre as crianças hospitalizadas e ressaltaram a importância de abordagens alternativas na promoção do bem-estar dentro de ambientes de saúde (KINGSNORTH et al., 2011).

O estudo de Bertini et al. (2011) apontou para os benefícios da intervenção dos palhaços na evolução clínica de patologias respiratórias em quarenta e três crianças. Analisou parâmetros fisiológicos e de percepção de dor, concluindo que a presença de palhaços tem um possível efeito indutor de saúde e que o estímulo do bom humor pode ser visto como uma modalidade terapêutica fácil de usar, barata, natural e adaptável em diferentes ambientes e para diferentes necessidades terapêuticas. Os autores indicaram algumas limitações como a dificuldade de padronização do potencial das intervenções e a impossibilidade de generalização dos resultados, devido à baixa representatividade da amostra (BERTINI et al., 2011).

Saliba et al. (2016) desenhou um estudo para correlacionar as atividades de doutores palhaços com crianças hospitalizadas e o nível de cortisol, um importante biomarcador fisiológico do estresse. O cortisol salivar foi reduzido em todos os participantes que receberam a visita dos palhaços, demonstrando satisfação. Essa diminuição indica uma atenuação dos efeitos da hospitalização e seu possível efeito colaborador no processo de recuperação da saúde (SALIBA et al., 2016).

Os três estudos indicados para discussão dessa categoria de análise são do tipo prospectivos, ou seja, os pacientes foram expostos à situação em análise para então proceder a coleta de dados. As variáveis e os instrumentos a serem utilizados foram determinados anteriormente, no método. Apesar de ter desenho definido e embasado, é difícil o estabelecimento de relação de causalidade entre a exposição e o desfecho, dada impossibilidade de isolamento dos pacientes à outras exposições e a própria heterogeneidade da palhaçoterapia, já que os palhaços adaptam as intervenções de acordo com as necessidades apresentadas pelos pacientes naquele momento. Outra questão reside no fato destes estudos não abrangerem dimensões mais profundas ou que fujam aos resultados pré-estabelecidos para mensuração.

4.2.3.2 Ansiedade pré-operatória

A indução da anestesia, apontam Vagnoli et al. (2005), é um dos momentos mais estressantes para uma criança submetida a cirurgia, caracterizando-se por sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. Altos níveis de ansiedade foram identificados como preditores de problemas pós-operatórios que podem persistir por seis meses após o procedimento (VAGNOLI et al., 2005).

Alguns trabalhos recentes que utilizaram ensaios clínicos como desenhos de estudo, com utilização de grupos de controle para comparar os efeitos da palhaçoterapia e apontaram significativa diminuição nos níveis de ansiedade pré-operatória em crianças (MASETTI, 2000; VAGNOLI et al., 2005; 2010; FERNANDES; ARRIAGA, 2010; DIONIGI et al., 2014; MARTINS et al., 2016). Outros estudos elucidam a redução maior da ansiedade pré-operatória quando comparado com a utilização de terapia farmacológica, como é o caso dos de Golan et al. (2009) e Vagnoli et al. (2010), que afirmam que a palhaçoterapia é mais

eficaz inclusive do que a administração de midazolam² para reduzir a ansiedade pré-operatória.

Mansson et al. (2013) relatam que há crianças que não querem a presença dos palhaços durante procedimentos médicos, momento que requer sua atenção com o que está sendo feito com seu corpo. Esses autores citam outro estudo realizado por Vagnoli et al. (2005) para confirmar seu achado, sendo que este relata a resistência da equipe médica em relação a inclusão dos palhaços durante os procedimentos médicos, semelhante aos resultados de Messina et al. (2014), e não dos pacientes. Por outro lado, Fernandes e Arriaga (2010) relatam que os profissionais são favoráveis a intervenção dos palhaços.

4.2.3.3 Ressignificação das práticas e do ambiente hospitalar

Sabe-se que internação hospitalar causa diversas mudanças na rotina habitual dos indivíduos (MARTINS et al., 2016). Mudança repentina do ambiente de residência por um período geralmente desconhecido, privação das atividades diárias, estabelecimento de relações de certa intimidade com pessoas até então desconhecidas. Novos cheiros, cores, vestimentas, sons (ou silêncio), horários, etc. Além disso, a própria doença e os procedimentos e condutas médico-hospitalares podem provocar dor, dúvida, desconforto, fragilidade e medo do desconhecido (MARTINS et al., 2016).

Masetti (1998) cita alguns sentimentos gerados pela internação, dentre eles a angústia gerada pela espera de notícias médicas ou de um tempo que demora a passar e a ansiedade gerada pelo foco no futuro, na tão almejada melhora. Evidentemente não é objetivo deste trabalho as razões dessas alterações, mas é importante ressaltar que esses sentimentos gerados são desfavoráveis ao restabelecimento do equilíbrio e a recuperação da saúde. Além de exigirem elevada capacidade de adaptação dos pacientes a nova rotina (MARTINS et al., 2016).

Por ser um local procurado por pessoas com algum problema de saúde, parece inconcebível a alegria fazer parte dessa realidade. Portanto o sofrimento, em sua variedade de manifestações e intensidades, faz parte da vida do hospital. E isso é inegável. Enquanto a prática hospitalar não incorporar atitudes que visem o cuidado contínuo para além do físico, este espaço estará fadado a ser um foco de doenças. De acordo com Martins et al. (2016), a palhaçoterapia tem como um dos principais objetivos

² Ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos utilizado como agente de indução da anestesia por via endovenosa (RANG; DALE; RITTER, 1999).

eliminar esta lacuna, valorizado a individualidade e intersubjetividade particulares de cada caso.

Esteves et al. (2014) mostram que a humanização hospitalar já é um bem e uma necessidade reconhecida tanto ao nível teórico quanto na perspectiva dos usuários dos serviços. Apesar da heterogeneidade das discussões sobre humanização do contexto hospitalar, sua importância no Brasil evidencia-se pela criação de uma política pública, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), que teve origem nesse contexto, em 2001. As autoras relatam que, independente do país ou regulamentação específica, a humanização deve ser vista em primeiro plano, buscando melhorar a qualidade de vida dos usuários, no seu sentido amplo, melhorando a qualidade dos serviços prestados e promovendo o potencial terapêutico das relações pessoais positivas (ESTEVES et al., 2014).

Portanto, sendo a humanização uma meta e ideal, as intervenções dos palhaços podem ser vistas como facilitadoras e promotoras diretas desta, já que transformam situações, trazem conforto e empoderamento, permitem a comunicação e expressão criando possibilidade de organizar percepções, sentimentos e sensações, abrindo a possibilidade para um olhar sobre uma nova perspectiva, ampliando a percepção da realidade habitualmente construída (ESTEVES et al., 2014).

A transformação do ambiente hospitalar se dá pela subversão da ordem normal das coisas (FORD et al., 2013). A sátira realizada pelo "doutor" palhaço aos procedimentos e instrumentos utilizados no hospital, assim como ao próprio profissional de saúde, constituem uma série de estratégias que proporcionam uma forma alternativa de enxergar a realidade. A especialidade médica é a besteira e o médico transforma-se em “besteirologista”, o diagnóstico pode ser de “samba no pé” e os medicamentos passam a chamar-se “pílulas de bom humor” ou um “pó de ficar bom”, destaca-se a importância da cacofonia para este último. Os uniformes brancos ganham um novo colorido, o silêncio dá lugar ao riso, às histórias e à música. E o medo do desconhecido é aliviado pelo inusitado.

Inicialmente parece que o palhaço não se encaixa neste ambiente. Esse paradoxo pode causar certo estranhamento, pois o hospital é um local aonde as condutas são guiadas pela seriedade, assertividade, precisão e cientificidade. Onde o toque é feito com luvas e que, apesar de necessário, por vezes nos afasta do humano. E o palhaço nos traz a possibilidade do erro, de um ser atrapalhado, que por caminhos improvisados evidencia constantemente nossa fragilidade (MASETTI, 1998).

O filósofo Henri Bergson (BERGSON, 1983) nos traz uma reflexão sobre a significação do cômico expondo que o mesmo é propriamente humano, já que é feito por humanos e a respeito de humanos. Nenhum outro animal ri e uma paisagem ou objeto não se torna risível, a não ser que encontremos nisto certa expressão humana. Expressão esta que, a partir do desajeitamento, do involuntário, da mudança brusca de atitude, provoca o riso. Masetti (1998) traz o próprio conceito de palhaço, originário da língua celta, designando um homem do campo que era visto pelas pessoas da cidade como desajeitado e engraçado. Cometer erros faz parte da essência da palhaçaria (FORD et al., 2013). O erro do palhaço não tem culpados e não enfurece ninguém. E ainda, observar a frustração do palhaço faz com que a criança tenha sua própria auto estima aumentada possivelmente por facilitar a aceitação de seu próprio adoecimento (FORD et al., 2013).

A interação dos palhaços com os usuários promove o contato com o tempo presente, pois o palhaço opera num sistema de crenças e valores diferentes, desafiando a ordem social, sabotando a lógica e a racionalidade, sem uma relação linear entre os fatos (MASETTI, 1998). Sua atitude é sempre imprevisível. Ele propõe soluções inusitadas para situações reais, vistas de forma figurada. Isso causa curiosidade e prende o expectador no aqui e agora, reconectando-o com o momento presente. Um verdadeiro bálsamo para a ansiedade gerada pela busca incessante da cura e alta hospitalar.

Aquino et al. (2004) concluíram, a partir de entrevistas após a visitas dos palhaços, que as crianças se sentem mais fortes, alegres, autônomas e que o palhaço pode diminuir as dores pela brincadeira e distração propostas. Masetti (1998) aponta que palhaços profissionais conseguem estabelecer relações de qualidade dentro dos hospitais, o que faz com que as crianças que recebem sua visita fiquem mais ativas, comunicativas, alimentem-se melhor, colaborem mais com o tratamento, além das evidências clínicas de melhora. Linge (2013) aponta que a “área mágica e segura” criada pelo encontro com os palhaços se dá porque, quando brincam e testam suas possibilidades, as crianças reconhecem-se no estado em que estão naquele exato momento e não mais com foco na sua doença ou limitações. Isso aumenta a autoestima das crianças e as possibilidades de melhora.

Bergson (1983) relata ainda que o maior inimigo do riso é a emoção. Nesse sentido, independente do que se sinta no momento, é necessário deixar de lado para que se possa rir. A visita do palhaço causa uma abstração momentânea das emoções presentes, geradas pela doença e pela hospitalização. Essas sensações e vivências ficam registradas na

memória e ampliam a percepção da realidade vivida, recontextualizando-a e ampliando cada vez mais seus próprios limites (MASETTI, 1998; FORD et al., 2013). Além do mais, a sátira aos procedimentos, equipamentos e equipe de saúde, não altera os fatos, mas sim seu significado. Os palhaços alteram a atmosfera do hospital de modo geral (FORD et al., 2013), normalmente gerando efeitos nos profissionais e em todos aqueles que os encontram pelo caminho.

A sátira em relação aos procedimentos médicos também proporciona ao paciente uma experiência menos desagradável, favorecendo o entendimento da realidade, com a proteção da fantasia (LINGE, 2012). Algumas técnicas utilizadas pelos palhaços satirizam procedimentos de saúde, desmistificando-os para os pacientes e empoderando estes no domínio do corpo e na busca de sua saúde. A luta contra a morte passa então a fazer parte da vida. A naturalidade e alegria com que os palhaços lidam com isso (aparentemente) denota que uma não é o oposto da outra (MASETTI, 1998). E que apesar de conviverem lado a lado, sua proximidade aumenta durante a internação hospitalar. Como expressa o dito popular, “para morrer, basta estar vivo”.

A interação do palhaço com a criança, promove a transformação do ambiente hospitalar em algo divertido, onde se pode rir e viver, mesmo dentro de suas limitações (LINGE, 2013). O estabelecimento do vínculo e confiança com o palhaço e com a equipe de saúde favorece a comunicação, principal área afetada nessas circunstâncias, e a adaptação a um novo cenário durante esse processo.

Masetti (1998) cita em suas pesquisas que enfermeiras relataram a diminuição do estresse e da ansiedade nos pacientes. Médicos relatam que as crianças ficam mais ativas, comunicativas, alimentam-se melhor, cooperam mais com os procedimentos e com a equipe de saúde. Acelera-se a recuperação pós-operatória e a internação torna-se menos ameaçadora. A autora justifica essa relação afirmando que a recuperação física do paciente está associada à liberação da energia despendida para lidar emocionalmente com a doença e a internação, já que ambos exigem alto grau de adaptação e elaboração. De forma análoga ao funcionamento dos sonhos, que nos auxiliam a lidar com conflitos e manter o equilíbrio físico e mental (MASETTI, 1998).

A influência do humor na saúde parece ser universalmente positiva, relacionando-se com a redução da dor, com efeitos cardiovasculares e na imunidade, diminuição do estresse e aumento das habilidades sociais (TAN, 2014). Diversos estudos demonstraram que a interação com os palhaços de hospital pode trazer benefícios tanto para trabalhadores quanto para pacientes, auxiliando na ressignificação deste

ambiente (FORD et al., 2013; LINGE, 2013; TAN, 2014; ESTEVES et al., 2014; MARTINS et al., 2016). Ademais distrai a atenção e alivia a ansiedade de se permanecer isolado (MASETTI, 2000); auxilia a lidar com o silêncio, com as emoções e com o novo ambiente, atendendo necessidades psicossociais dos pacientes (TAN, 2014).

4.3 O PROJETO TERAPEUTAS DA ALEGRIA

Em Santa Catarina, o projeto de extensão Terapeutas da Alegria (TA) iniciou-se em 2002 na Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), em Tubarão. Vem sendo realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desde 2007 quando foi registrado como ação de extensão do Departamento de Saúde Pública desta universidade. Desde 2010 esse projeto visita apenas as enfermarias do Hospital Universitário (HU) da UFSC por questões burocráticas e logísticas, o que trouxe benefícios e visibilidade junto à comunidade (OLIVEIRA, 2016).

Os TA têm como objetivo promover o bem-estar e a saúde de pessoas internadas em hospitais através da potencialização do uso da arte e ações culturais mediando a interação entre usuários, familiares, profissionais em ambientes hospitalares. O projeto não pretende ser essencialmente recreativo, mas trazer reflexões sobre a atenção humanizada no contexto do sistema de saúde, por proporcionar um vínculo volátil e não menos impactante entre palhaço e paciente (OLIVEIRA, 2016).

Os idealizadores do projeto perceberam que existe um vácuo entre o cuidado em saúde e a promoção institucionalizada do bem-estar, que pode ser preenchido com ações artísticas e culturais. Afirmam que essas manifestações importantes e potencialmente terapêuticas foram esquecidas dadas as pressões da vida profissional cotidiana e a falta de tempo dos profissionais para estabelecer uma relação efetivamente humanizada e ir além do que preconiza o modelo biomédico (OLIVEIRA, 2016).

Esse projeto visa também dar subsídios para a formação mais humanística de seus integrantes, indo ao encontro da integralidade proposta pelo SUS e das diretrizes da PNH. As vivências propostas, tanto no processo de formação quanto de atuação, têm a missão de formar profissionais de todas as áreas com socialmente responsáveis, culturalmente sensíveis, ressaltando a importância da criatividade, descontração, alegria, interdisciplinaridade e da educação para a saúde,

estimulando uma visão profissional além da tecnificação. Os integrantes do projeto em sua maioria pertencem a comunidade universitária, oriundos dos mais diversos cursos. São selecionados, treinados e realizam visitas aos pacientes institucionalizados. Mais de 400 pessoas já fizeram parte deste projeto desde a sua origem (OLIVEIRA, 2016).

5 MARCO METODOLÓGICO

5.1 NATUREZA E DELINEAMENTO DA PESQUISA

O método precisa ser lógico, sistemático, coerente e bem argumentado (DEMO, 2000). Entretanto, a busca da cientificidade pela objetividade defendida pelo positivismo e a hipótese da existência de um sistema de leis gerais que explicam e regulam a sociedade, mantém essa corrente filosófica no domínio das Ciências Sociais e de sua relação com a Medicina e a Saúde (MINAYO, 2014). Essa corrente tem sido alvo de críticas, já que a individualidade impossibilita a completa determinação do ser humano, antes visto como um organismo unicamente biológico ou um todo composto por partes independentes e isolado do seu contexto histórico, social e cultural.

Assim, a pesquisa em saúde tornou-se transdisciplinar e requer a reanálise dos fundamentos de trabalho de cada área e a aceitação de novos métodos, com diferentes horizontes temporais e novas concepções dos fenômenos já estudados (CONTANDRIOPOULOS, 1998). Campos (2015) reitera essa afirmação dizendo que para que uma área do saber passe a ser reconhecida como ciência, ela precisa construir um arcabouço de conhecimento próprio, incluindo teoria e método, que a diferencie das demais. Portanto é necessário ampliar os métodos de pesquisa em saúde para além dos até então adotados.

Faz-se necessário também reconhecer que todo desenvolvimento científico em saúde, perpassa inevitavelmente a subjetividade, por interesses diversos, por valores, por visões de mundo de atores historicamente construídos; portanto pelo contexto social. É preciso aprofundar os conhecimentos metodológicos para elucidar de que forma a amplitude e complexidade deste contexto influenciam a saúde. Nesse aspecto, o resgate das teorias compreensivas propostas inicialmente por Weber como método de investigação, podem melhor responder perguntas sobre valores, representações, crenças e relações. Essa teoria propõem a junção de métodos que destacam tanto a singularidade e os traços que definem o objeto quanto a identificação de leis gerais inerentes ao seu funcionamento, permitindo explicar a relação entre os fenômenos e suas possíveis causas (SELL, 2012). Preocupam-se mais em qualificar os fenômenos do que quantificá-los (MINAYO, 2014).

Portanto, quanto à natureza, essa é uma pesquisa aplicada de abordagem qualitativa, que busca colocar o observador no mundo,

transformando-o (ambiguidade propositalmente deixada pelo autor, apesar do original referir-se à transformação do mundo). Envolve uma “abordagem interpretativa e naturalista ao estudar as coisas no seu habitat natural, tentando entender ou interpretar fenômenos a partir dos significados atribuídos pelas pessoas” (DENZIN; LINCOLN, 2011, p. 3).

5.2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A seguir serão apresentados alguns conceitos da tradição hermenêutica, na tentativa de elucidar sua adoção na compreensão dos significados das intervenções dos Terapeutas da Alegria (TA) apreendidos pelos pacientes que recebem sua visita.

Gadamer (2005) afirma que a compreensão envolve tanto a interpretação quanto sua aplicação e seu estudo é feito por uma teoria filosófica do conhecimento chamada hermenêutica. A hermenêutica serve de princípio de ciência e de vivência para todas as metodologias não positivistas, que consideram a vigência do ser e a experiência de vida daquele que tenta compreender o fenômeno da comunicação (BASTOS; PORTO, 2006). De acordo com Schleiermacher a hermenêutica geral deveria ser capaz de estabelecer os princípios gerais de toda e qualquer compreensão e interpretação de manifestações linguísticas (BRAIDA, 1994).

A tese básica defendida por Schleiermacher afirma que nossas experiências fazem parte do que pensamos como realidade, vista como uma convenção simbólica de nomes e características chamada de linguagem (BRAIDA, 1994). Por isso a fala dos participantes da pesquisa tem um valor essencial nesse trabalho. Por meio dela se busca o entendimento das vivências individuais assim como do contexto em que se inserem (MINAYO, 2014).

O discurso não é a manifestação direta do pensamento e em si só pressupõe a reflexão, tanto em sua forma falada ou escrita. Portanto todos estes possuem em uma referência fundamental à arte de compreender, à hermenêutica. (GADAMER, 2005, p. 259).

Os atos individuais da fala nada mais são do que o esforço em expressar pensamento transformando-o em um som articulável. O

conjunto desses atos individuais formam a língua que está em constante transformação, sendo melhor vista então como uma atividade, uma ação (HUMBOLDT, 2006). O que explica a escolha da observação como instrumento complementar na coleta de dados, essencial no processo de interpretação, de apreensão do sentido das falas dos pacientes, já que a ação em curso dá sentido as expressões linguísticas. A linguagem foi criada pelo homem, é resultado da ação humana, é um dado histórico e não ontológico. Portanto não podemos colocar o ato linguístico antes do ato histórico.

A universalidade do problema hermenêutico fundamentado pela questão histórica de acordo com Gadamer (2005, p. 18) alega “demonstrar aquilo que é comum a todas as maneiras de compreender e que esta jamais é um ato subjetivo frente a um objeto, mas pertence à história efetual, ao ser daquilo que é compreendido”. O Historicismo defende que a estrutura geral que compõe os seres é dada por uma história prévia, uma experiência passada, mesmo que esta não seja vivida pelo ser em questão. Para fins desse trabalho, partiremos do pressuposto que os significados atribuídos a palhaçoterapia derivam de experiências prévias constituídas historicamente na ação em curso. Ação essa considerada como ato concreto que produz efeitos, com o indivíduo ativo no processo. Por isso a adoção do termo interação para descrever o fenômeno terapêutico entre palhaço e paciente, denotando a ação cooperativa estabelecida entre ambos como essencial para apreensão de significados e consequente mudança.

Segundo Patton (2015), atribuir significados, integrar e dar sentido às experiências é a essência do ser humano, o que nos difere dos animais. E a busca desses significados refere-se a visão daqueles que vivenciam a experiência (êmico) e não de alguém de fora (ético) (OLSEN, 2015). Nesse sentido, a linguagem apresenta-se como uma forma humana de expressar ou esconder esses significados (PATTON, 2015).

Quanto a esses significados atribuídos às interações, cabe aqui uma diferenciação entre significado e sentido, já que estas palavras são facilmente intercambiáveis na língua portuguesa. A noção de ambas é inter-relacional, ou seja, quando algo tem sentido ou significado isso pressupõe a existência de nexos. A diferença entre as duas é que o significado é um sentido expresso por um sinal, um símbolo.

No estudo em questão, significados são expressos pela fala dos pacientes que serão entrevistados. Fala essa que se tornará texto após a transcrição das entrevistas, e então fonte de análise. A palavra fixa o conceito, o sentido. O que não quer dizer que quando não há palavras que expressem, não há sentimento. A tentativa não é de compreender o ser

que fala melhor que ele mesmo, mas sim considerar sua história, suas vivências, trajetória, situação, contexto na apreensão do sentido dado a prática analisada.

Parte-se do pressuposto que a interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa é essencial, já que dessa relação resultará uma descoberta construída a partir dos participantes e suas criações, dos pressupostos teóricos e recursos metodológicos empregados. Assim, esses significados só fazem sentido na situação, ou seja, na ação em curso que se estabelece entre palhaços, pacientes e observador, ressaltando mais uma vez a importância do papel do pesquisador, já que este será o responsável por observar as ações e interpretar as falas. O sentido depende de quem está interpretando. Interpretação essa que não tem uma regra metodológica universal.

Importante destacar que o sentido de cada parte do discurso é indeterminado e só pode ser dado a partir da concatenação de seus elementos em um dado contexto. Contexto aqui visto como situação (BRAIDA, 1994). Portanto, considerar a condição institucionalizada do paciente, sua nova realidade diária, é essencial para a compreensão dos significados atribuídos pelos pacientes à palhaçoterapia. O sentido da ação é anterior a fala (a dicção) e também nós compreendemos a ação do outro antes de compreender o que ele diz. O hermenêuta tenta compreender as doações deixadas pelo passado, pela história, pelo contexto.

Incontestavelmente, o processo de compreensão total é impossível, pois envolve processos cognitivos relacionados a experiências e vivências individuais (OLSEN, 2015). Para se compreender completamente, é necessário ter o conhecimento completo da linguagem e do homem. Tarefa impossível, de antemão (BRAIDA, 1994).

A interpretação é papel do pesquisador, que reflete e tem *insights* ao longo do seu trabalho e busca a representação de modo a comunicar um novo significado, papel atribuído a uma boa pesquisa qualitativa (OLSEN, 2015). Esse recurso metodológico, além de ver a linguagem como criadora e construída, traz implícita a ideia de dinâmica pois não se pretende descrever as coisas ou fenômenos de maneira estanque, mas sim ampliar o conhecimento sobre a intervenção realizada durante a palhaçoterapia. Como já dizia Gadamer (2005), o mais importante é o que lhe acontece quando compreende, do que o compreender em si.

5.3 COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para operacionalizar a coleta de dados: a) observação das visitas realizadas pelos palhaços e sua interação com os pacientes, b) entrevistas com esses pacientes realizadas no dia seguinte. Esse processo iniciou-se no dia 30/11/2016 onde foram feitas uma observação e uma entrevista piloto. Logo em seguida, a coleta de dados teve que ser pausada devido as férias do Projeto de Extensão, retornando no dia 29/03/2017. A última entrevista foi realizada no dia 01/06/2017.

5.3.1 A entrada em campo e os participantes da pesquisa

A população estudada foi de pacientes visitados pelos voluntários do projeto de extensão os Terapeutas da Alegria nas enfermarias da Clínicas Médica e Cirúrgica I e II do HU/UFSC, onde este projeto atua, fazendo visitas nas quartas a noite e sábado à tarde. Os quartos das enfermarias comportam geralmente de dois a cinco pacientes.

Cada sessão de visita dos Terapeutas da Alegria é organizada de modo que todos os pacientes internados na clínica visitada tenham a possibilidade de recebe-los. A interação acontece também nos corredores com profissionais, pacientes e acompanhante. Destaque-se que, em função do cuidado requerido pelo paciente, alguns não recebiam a visita dos TA; restrições exigindo isolamento ou mesmo aqueles que recusavam receber os terapeutas. Essas particularidades são identificadas pelo coordenador ao conversar com a equipe de enfermagem antes do início da visita. Convém registrar que cada paciente tem, em geral, a presença de um acompanhante, conforme as normas do hospital.

Na seleção dos participantes foram considerados os critérios de inclusão: a) ser maior de 18 anos; b) estar internado na instituição pelo período mínimo de uma semana e c) aceite em participar da pesquisa por vontade própria. Precedendo esta seleção foi dada a aprovação da equipe de enfermagem responsável para o acesso aos pacientes, após avaliar as condições físicas e mentais do paciente. Os critérios de exclusão foram: a) internação do paciente em período inferior a uma semana, já que nesse caso, os mesmos ainda não estariam integrados à nova rotina hospitalar; b) apresentar alguma condição, permanente ou momentânea, que os impedisse de participar e c) menores de 18 anos de idade.

A seleção dos participantes precedeu a visita dos TA quando eu, junto com o coordenador dos terapeutas, obtinha a autorização e

recomendações da enfermeira chefe do setor para acesso aos quartos. Durante esses encontros no posto de enfermagem a enfermeira fornecia listagem dos pacientes internados na ala com data de admissão e condição de saúde no momento. Na sequência, a enfermeira me entregava uma lista com o nome dos pacientes internados naquela ala, data de admissão e condição de saúde atual e, juntas faziam a seleção dos potenciais participantes da pesquisa. O primeiro contato com os pacientes selecionados foi imediatamente após receberem a visita dos TA.

Além dos tópicos já apontados que caracterizam essa abordagem como qualitativa, essa pesquisa foi realizada no local onde se dá o próprio fenômeno, o hospital. Para isso, alguns cuidados foram adotados para preservar a integridade física, mental e moral dos pacientes, assim como seu tratamento e recuperação tidos como prioridades. Dentre elas, o cuidado em adaptar a linguagem e a minuciosidade na explicação da pesquisa e de seus objetivos, assim como disponibilidade de tempo para quaisquer esclarecimentos necessários ao paciente ou familiar.

5.3.2 Observação da visita dos TA

A observação foi utilizada para coletar dados acerca do comportamento exibido pelo sujeito e da situação ambiental, ou seja, as características do meio físico e social em que o sujeito se encontra bem como as mudanças que ocorrem no mesmo (DANNA; MATOS, 2006).

A visita dos TA foi observada e anotações foram feitas na ficha de registro de observação que consta no Apêndice B. Esta foi adaptada a partir de um instrumento proposto por Tiago (2013) para avaliar a qualidade de interação dos palhaços com crianças. Como o público desta pesquisa são pacientes adultos e a avaliação da qualidade da interação não é o foco desta pesquisa, esta escala foi adaptada. Foram mantidos os indicadores para fornecer uma descrição rica e que contemple dimensões psicossociais e comportamentais envolvidas na interação com o palhaço (TAN, 2014). Entre elas estão a interação visual com os palhaços, a expressão facial e a vocalização do paciente, a reciprocidade e sincronia na interação e a expressão emocional. Um espaço ao lado dessas categorias foi deixado em branco para que pudessem ser feitas anotações livres no momento dessa observação.

5.3.3 Agendamento da entrevista

Ao término da observação, eu me apresentava, explicava brevemente a pesquisa e seus objetivos e perguntava se poderia voltar no

dia seguinte para realização de uma entrevista com o paciente áudio gravada. Após o consentimento, combinava o momento mais adequado. Caso não fosse possível o dia seguinte, poderia ser marcada para outro dia, entretanto sem ultrapassar uma semana da data da observação para que as impressões e sentimentos do paciente com relação a visita não caíssem no esquecimento. Nesse momento também foi feito um registro breve das impressões do paciente na ficha de observação.

5.3.4 Assinatura do TCLE

Na data e hora marcados para a entrevista, após explicar mais detalhadamente os objetivos da pesquisa, finalidades, benefícios, riscos; sanar as dúvidas do paciente e acompanhante - se estiver presente -; garantir sigilo e liberdade de participação em qualquer tempo; sendo então solicitado o consentimento para participação na pesquisa. O nome completo e o número do documento de identificação do paciente foram solicitados para preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) coletando, após o aceite, a sua assinatura.

5.3.5 Realização das entrevistas

A utilização de entrevistas para a finalidade desta pesquisa se justifica, pois, de acordo com Duarte (2009), nos permitem identificar diferentes maneiras de perceber e descrever o fenômeno através da linguagem. Entrevista em profundidade é uma técnica de pesquisa qualitativa utilizada para compreender uma realidade, tanto no que concerne o processo íntimo e individual, na reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivida, quanto para descrever um processo complexo no qual o entrevistado esteve ou está envolvido. Esta técnica busca intensidade a partir da experiência subjetiva e tende a aproximar-se da essência da questão (POPE; MAYS, 2009). Busca os significados dentro da situação analisada, para atingir uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2014) na visão daqueles que vivenciam a experiência. De acordo com Gadamer (2005), algo só se transforma em vivência na medida em que é dado um significado permanente ao que aconteceu enquanto estávamos vivos, vivenciando, experimentando.

A entrevista foi presencial e realizada no próprio hospital, geralmente ao lado do leito, com os pacientes e seus acompanhantes, quando estes estavam presentes e concordavam em participar da pesquisa. Essa entrevista foi do tipo semiaberta com um roteiro base composto por

questões semiestruturadas, de acordo com a classificação apresentada por Duarte (2009).

Esse roteiro consta no Apêndice C e foi preparado com base nos pressupostos e teorias contidos no referencial teórico e adaptado, aprofundado e alterado ao longo da realização das entrevistas. A técnica utilizada teve como objetivo explorar a percepção sobre a intervenção dos TA, na ótica do entrevistado. As entrevistas com familiares ou acompanhantes permitiram verificar a percepção destes sobre as visitas assim como complementar informações sobre o comportamento do paciente, com fins de aperfeiçoar a análise. Todas elas foram gravadas e transcritas na íntegra.

5.3.6 Procedimento Piloto

O procedimento piloto foi realizado no dia 30/11/2016 seguindo as etapas acima citadas. Posterior a sua transcrição, com a ajuda do orientador, eu pude discutir, refletir e aprimorar as técnicas utilizadas na coleta de dados. Esses dados foram incluídos na análise e apresentação dos resultados.

5.4 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida aos procedimentos demandados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC, obedecendo às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Foi obtida a Declaração de Ciência e Autorização da Instituição Envolvida (ANEXO A). A pesquisa foi aprovada recebendo o parecer consubstanciado número 1.833.384 (ANEXO B).

Assim como a preocupação dos palhaços durante a interação é de direcionar as ações para as necessidades dos pacientes, tanto a observação quanto a entrevista poderiam ser interrompidas caso gerassem qualquer tipo de desconforto, constrangimento ou mal-estar ao paciente. Momentos antes da data e hora combinada para a entrevista, foi solicitado o consentimento da equipe de enfermagem para realizar a entrevista, de acordo com a situação de saúde naquele momento dos pacientes selecionados anteriormente. A entrevista poderia ser interrompida a qualquer tempo a depender da vontade do paciente.

No processo de anonimização e preservação da integridade e sigilo dos participantes da pesquisa, os pacientes foram chamados de P1, P2, P3... P11 de acordo com a ordem temporal da realização das entrevistas e seus respectivos acompanhantes presentes A1, A5, A6, A8, A9 e A10. Os TA incluídos na pesquisa foram chamados conforme apareciam na fala de TA1, TA2, ... e TA5 e a entrevistadora, E.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os passos iniciais para a análise de dados consistiram na tomada de notas durante todo o processo de entrevistas e observações; o levantamento de dados sobre o contexto vivido, tarefa feita em partes no referencial teórico parte na coleta de dados primários; o processo de anonimização; a transcrição total dos áudios das entrevistas, que foi realizada manualmente com a ajuda do software InqScribe, a codificação, a análise e interpretação, seguido da redação dos resultados.

Minayo (2014) complementa que a entrevista, quando analisada, deve incorporar o contexto de sua produção para que possa ser complementada por informações provenientes da observação. Esse processo não deve seguir uma linearidade obrigatória, já que etapas como a análise e interpretação podem e devem fazer parte de todo o processo, assim como pode ser identificada a necessidade de novas entrevistas e coletas de dados.

5.5.1 Codificação dos Dados

O processo de tratamento dos dados qualitativos obtidos da transcrição das entrevistas e observações seguiu as etapas preconizadas por Saldaña (2016), brevemente descritas abaixo:

a) Releitura do texto com a identificação das palavras ou trechos da fala dos participantes que me surpreendiam, instigavam ou perturbavam, tendo em vista a pergunta de pesquisa;

b) Releitura do texto com separação de assuntos diferentes, feito de forma manual usando o código “[“;

c) Análise dos fragmentos do texto e codificação In Vivo. Esse processo de codificação separa palavras e frases curtas na linguagem do participante a fim de dar prioridade a sua voz (SALDAÑA, 2016). Esse tipo de codificação pode proporcionar verificação fundamental se o que for significativo para os participantes for compreendido pela pesquisadora,

podendo ajudar a condensar e consolidar significados (CHARMAZ, 2014). Também foi utilizada a codificação emocional, uma combinação dos códigos In Vivo com estados e reações emocionais, na tentativa de nomear as experiências relatadas ou vivenciadas naquele momento pelo participante, ato nem sempre possível. Esse tipo de código explora processos internos e relacionais dos participantes, considerando suas experiências e ações, proporcionando uma percepção da perspectiva do participante da pesquisa, de sua visão de mundo e de suas condições de vida (SALDAÑA, 2016);

d) Releitura dos códigos e agrupamento em categorias, de acordo com suas similaridades, características comuns ou à pergunta a qual ele se relaciona no roteiro de entrevistas. Simultaneamente, foram feitas anotações analíticas que são reflexões livres sobre os dados, padrões identificados, possíveis categorias de agrupamento, relação com os conceitos abordados na teoria;

e) Apresentação dos resultados em forma de categorias, construídas a partir dos códigos e das anotações analíticas.

O processo de codificação e apresentação dos resultados parte dos dados reais e particulares para a abstração e sua relação com a teoria abordada. Na impossibilidade de tal relação, propõe a tentativa de identificar nuances e reflexões sobre o fenômeno, explorando novos temas e conceitos gerais. Esse processo pode ser graficamente representado pela figura 3 a seguir:

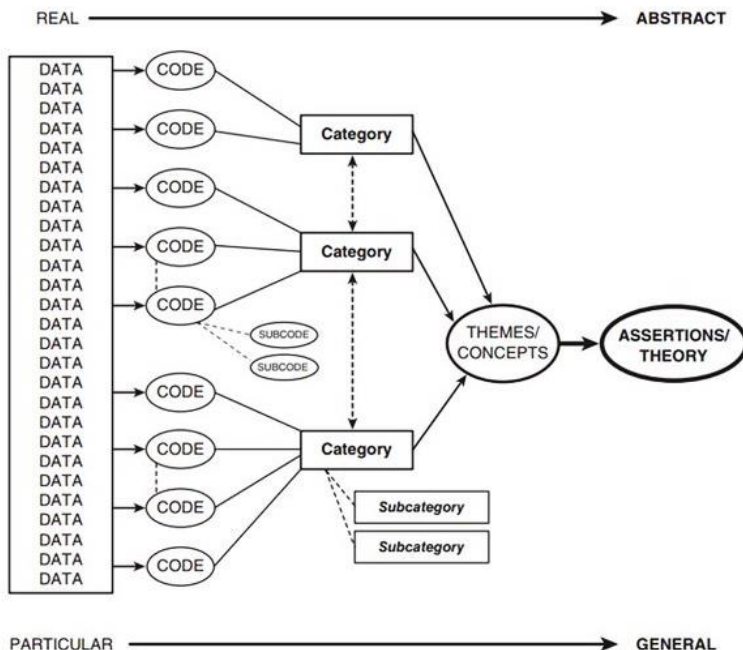


Figura 3. Modelo simplificado do tratamento de dados qualitativos para apresentação de resultados (SALDAÑA, 2016, p. 14).

Na análise das categorias, ao invés de se perguntar o sentido, a tentativa foi de questionar qual é a ação em curso que permeia. O que se justifica pela frase de Dilthey (2010) que diz que o humano é um ser histórico. A existência humana é histórica, determinada pelo passado e não está dada para o futuro, portanto o homem tem que escolher. Aí entra a orientação dos sentidos e dos significados. Essa é a condição hermenêutica humana.

Não se pretende, entretanto, esclarecer o problema totalmente, mas ampliar seus limites. A compreensão em dado momento envolve usos, história e experiência passada, do indivíduo e de outros, que estão por detrás do fenômeno em si e isso nem sempre é consciente ou possível de ser traduzido em linguagem. Ou seja, o significado das doenças, da hospitalização, do tratamento e da intervenção dos palhaços são atribuídos pelas pessoas ao longo do tempo. A efetividade dessas experiências, ou seja, o fato de elas terem ocorrido e sido vivenciadas pelas pessoas, é que faz emergir uma estrutura de sentido através da linguagem.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No total foram acompanhadas sete visitas dos TA nas unidades de internação, nas quais 13 pacientes foram selecionados para a participação na etapa de entrevista. Entretanto, no dia agendado para efetivá-las um dos participantes teve piora do quadro de saúde e outro recebia visitas sendo, portanto, excluídos. Os 11 pacientes restantes foram entrevistados em cinco dias diferentes nas Clínicas Médica e Cirúrgica I e II do HU/UFSC. As entrevistas estavam sendo transcritas a medida que eram realizadas e a maior parte dos trabalhos semelhantes encontrados na literatura entrevistaram entre 10 a 20 pacientes (LIMA, 2009; LINGE, 2012; MANSSON, 2013; MARTINS, 2016; TAN, 2014). As entrevistas se encerraram a partir do momento que as respostas se tornaram repetitivas, totalizando 11 pacientes entrevistados.

O período de internação dos participantes da pesquisa variou de 8 a 38 dias. Apenas um paciente com período de internação de 4 dias foi entrevistado, e isso justifica-se por ter apresentado redução de temperatura corpórea significativa após a interação com os TA, descrito com mais detalhes a seguir. Os motivos de permanência no hospital dos participantes variaram entre pré e pós-operatórios de tumores no estômago, esôfago, pâncreas (2), fígado (2), pedra na vesícula, apendicite pseudotumoral e leucemia. Outros dois pacientes não sabiam explicar seu problema de saúde. Dos 11 pacientes, oito estavam acompanhados de familiares ou amigos no momento da entrevista, mas apenas seis acompanhantes participaram. O tempo total das entrevistas gravadas foi de 5h21min (cinco horas e vinte e um minutos), transcritas na íntegra para posterior codificação e análise.

As respostas durante entrevistas foram dadas de forma flexível e apresentadas de forma estruturada (DUARTE, 2009). O processo de codificação foi realizado manualmente de acordo com as etapas descritas no método. A seguir apresentam-se as categorias e reflexões que emergiram das observações e da fala dos participantes da pesquisa. Destaco que essas categorias são: Os Terapeutas da Alegria em ação, que descreve os atos de intervenção dos TA em ambiente hospitalar; e outras quatro categorias que emergiram da codificação da fala dos pacientes: ressignificação do ambiente hospitalar, ressignificação do ser, será que a mágica depende do expectador? e relação com o desconhecido. Por fim, outras reflexões foram apresentadas no tópico reminiscências do campo.

6.1 OS TERAPEUTAS DA ALEGRIA EM AÇÃO

Certamente há coisas nessa vida que não cabem em palavras. Talvez esse aparato linguístico que se construiu enquanto vetor da comunicação não abrace alguns sentimentos e vivências: o momento que dá uma cor a mais ao monocromatismo que habita o indizível da vida. O projeto Terapeutas da Alegria certamente se insere aí: naquilo que não se sabe ao certo explicar, mas que se é, se sente e vive. (MACHADO; VERANI, 2014, p. 11)

O trecho acima, escrito por dois Terapeutas da Alegria, demonstra o grande desafio em descrever os atos de intervenção dos TA em ambiente hospitalar. Eu acompanhei algumas visitas e vou fazer um esforço para tentar transmitir um pouco da minha experiência. Esforço esse parecido com a tentativa de cantarolar uma música que nos toca lá no fundo, na ânsia de transmitir a alguém a emoção que sentimos quando ouvimos. Não reproduzimos a música, nem tão pouco a emoção. Apenas estando presente e vivo é que se pode vivenciar algo (GADAMER, 2005). Mas como não tenho outra saída, a seguir seguem algumas das minhas impressões sobre o campo.

O Projeto de Extensão TA utiliza uma sala no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde, onde estudantes, ex-alunos da universidade, membros da comunidade encontram-se semanalmente para entrar no seu personagem de Dr. Palhaço. Uma das coisas que mais me impressionou no grupo foi a vontade de fazer as visitas. Véspera de feriado, chuva torrencial, calor escaldante, fim do dia, cansaço. Nada abala sua animação e empolgação antes, durante e depois das visitas. O fato de eles serem voluntários faz com que isso seja ainda mais marcante. Concordo que ninguém escolhe dia para ficar doente muito menos para permanecer na cama de um hospital. Mas tamanha doação realmente emociona.

Eles marcam o encontro meia hora antes do horário de saída para a visita. Nesse tempo, eles entram nos seus personagens. Para ser um Terapeuta da Alegria, é necessário passar por um curso de formação com duração de dois semestres. Durante o primeiro semestre eles recebem oficinas, formações artísticas e começam a desenvolver o seu personagem. Esse tem nome e características individuais, varia na cor, tipo ou adornos do jaleco, formato do nariz, maquiagem, acessórios, brincadeiras debaixo da manga ou nos bolsos, fala, jeito de andar, olhar,

expressão corporal... Após desenvolver esse personagem, simbolizado pelo ganho do nariz vermelho, eles estão aptos a realizar as visitas sob a supervisão de um coordenador/a, um TA já formado e com algum tempo de experiência, e participar das reuniões semanais de avaliação (OLIVEIRA, 2016).

Antes de formar seu personagem, os TA são chamados de estagiários e podem até acompanhar as visitas desde que sem o uso do nariz de palhaço e com uma placa escrito “estagiário”. Eles viram motivo de brincadeira da visita, quando os outros TA pedem aos pacientes que deem provas para os estagiários: cantar uma música, imitar um animal, contar uma piada e recebem uma nota ao final da “performance” dada pelos pacientes.

Após completar esse ano de formação, os TA ganham um certificado em uma solenidade de formatura. Eles podem então optar por permanecer no projeto como voluntários. Muitos permanecem ou retornam para uma visita quando podem. Por isso, acontece de algumas pessoas não se conhecerem no grupo que se forma naquele dia de visita. Mas após entrarem no personagem, eles fazem uma pequena concentração abraçados em um círculo, que pode vir acompanhada de palavras positivas ditas pelo coordenador da visita. Assim transformam-se em um grupo, com objetivo único de trazer momentos de alegria e conforto para os pacientes internados em uma das clínicas do HU. O rodízio das clínicas a serem visitadas é combinado entre os coordenadores e normalmente apenas uma é contemplada por dia de visita.

O trabalho dos TA não interfere somente na vida dos pacientes e familiares para os quais as visitas são direcionadas. Sua trajetória da sala onde eles se caracterizam até o início das visitas em si perpassa inúmeros universos, chega às ruas da universidade, alas do HU, corredores, emergência, recepção do hospital. Neste caminhar as marcas de expressão no rosto se dissolvem, os sorrisos se abrem, as vezes tímidos, mas o brilho no olhar é inevitável. Por onde eles passam hipnotizam as crianças, recebem acenos, elogios, bênçãos e cumprimentos. Outros se escondem atrás dos seus celulares com medo ou vergonha de serem abordados.

Ao chegar na clínica combinada, o coordenador entra e fala com a enfermeira chefe do plantão perguntando se há algum paciente com alguma restrição ou cuidado especial. Ele volta, comunica aos outros terapeutas que entram na ala, lavam as mãos – o que fazem repetidamente durante a visita – e mãos à obra. É claro que isso tudo é feito num clima de descontração total: às enfermeiras com roupas verdes do centro cirúrgico eles comentam “Se é bonita assim, imagina quando amadurecer?”; apostam corrida ou querem pegar carona com as macas e

cadeiras de roda que passam por eles; dentro do elevador, após fechar a porta, um TA sempre fala que não conseguiu se segurar e soltou um pum; contam histórias sobre seu visual falando que a peruca foi comprada na Nova Zelândia e o fantoche na Noruega, ou que o colega terapeuta foi importado do Paraguai e chegou numa caixa. E por aí vai...

As brincadeiras com os adultos também têm um tom de subversão da ordem normal das coisas (FORD et al., 2014). Sabe quando alguém te fala algo e te desconserta? Demora para cair a ficha? Mais ou menos assim. A diferença é que a imaginação e a fantasia, tão presentes na realidade da criança, já não fazem parte da vida adulta. E esse resgate é essencial para se entrar na brincadeira. Em um primeiro contato, vê-los dentro de um lugar cheio de normas, onde o pesar e a tristeza estão no olhar de grande parte das pessoas, onde o silêncio, a disciplina e os horários são tão rígidos, pode parecer um paradoxo (OFIR, 2016). E é nesse momento que a mágica acontece.

Antes de entrar nos quartos, eles pedem permissão ao paciente e acompanhante. E, após o consentimento, eles perguntam se o paciente tem mesmo certeza, porque tem uns 50 ali fora. Eles chamam o paciente pelo nome, que geralmente está em uma plaquinha acima do leito, e se apresentam um a um. Falam o nome dos seus personagens, alguns dizem que são especialistas em besteirolgia, em miolo-mole, em ar-puro, contam que estão estudando Piadas II ou que o curso tem vários anos de duração. Eu me pergunto se os pacientes acreditam literalmente em tudo que é dito, porque as vezes parece que o paciente faz um esforço para trazer para realidade o que é fantasia. A reação inicial geralmente demonstra se o paciente entrou ou não na brincadeira.

*Tem água de coco aí [referindo-se ao soro]? (TA1)
Não, acho que tem vodka com gelo. (P4)*

A interação se dá conforme a necessidade apresentada pelo paciente. As vezes pode ser um humor meio ácido, espinhoso, provocativo. As vezes a conversa é sobre futebol, política, música, receitas. A regra geral é não falar sobre o problema de saúde, na tentativa de trazer um outro olhar para a situação, o que nem sempre é fácil.

A gente sempre tenta não deixar virar para o lado disso [da doença] porque a gente quer que a pessoa se desligue dessa realidade, mas eles sempre tentam puxar porque na verdade é o que eles estão vivendo. (TA2)

Impressiona a capacidade dos TA de reverter determinadas situações e nessas horas eles demonstram ser realmente um grupo, colaborando na tentativa de vencer a resistência do paciente. As vezes o paciente se ajeita na cama e apenas espera. Eles cantam músicas, contam piadas, fazem brincadeiras, perguntam se o paciente está sendo bem tratado no *spa*. O repertório é vasto e se constrói na interação entre eles, no improviso, tornado inviável sua descrição total.

Alguns pacientes falam durante a visita toda, que nem sempre consiste apenas em risos e piadas. O olhar de estranhamento inicial, evidente no rosto do paciente quando ele percebe que está realmente vendo palhaços entrando no seu quarto de hospital, se dissolve em sorriso ou em brilho no olhar quando ele se entrega à fantasia e ao desprendimento da atual situação em que se encontra, de dor, de medo, de espera e incerteza com relação ao futuro.

O vínculo que se forma entre palhaço-paciente é imediato (LINGE, 2012), talvez incentivado pela sátira, pela roupa, pelo nariz de palhaço, pela abordagem, pelo sorriso, pela solidariedade. Esse laço instantâneo é acordado no olhar emocionado de ambos, que dura segundos e toca profundamente. Por vezes, essa entrega não acontece e por outras, o riso dá lugar ao choro.

Às vezes a gente não vai lá só para fazer palhaçada ou para fazer as pessoas rirem. Mas as vezes escutar, participar de uma conversa não tão descontraída, mais filosófica, está ajudando da mesma forma. É terapêutico também. (TA3)

Tamanha solidariedade e doação realmente emocionam. Eu, por vezes, engoli o choro assistindo a cena. Outras vezes eu tinha me programado para acompanhá-los nas visitas e estava desanimada, cansada, algumas vezes até pensei em arrumar uma desculpa para não ir. O ambiente hospitalar não é muito atrativo para mim. Mas aí quando eu chegava, via eles nessa boa vontade, nessa doação, nessa alegria, as coisas se transformavam também. Ao final, sempre, eu saía com o sorriso no rosto e deixava para trás a testa franzida e o peso nas costas.

6.2 RESSIGNIFICAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

Um dos temas mais abordados em estudos qualitativos sobre a palhaçoterapia em ambiente hospitalar é a ressignificação dessa estadia para os pacientes (AQUINO et al., 2004; DIONIGI et al., 2012; FORD et al., 2013; LINGE, 2012; 2013; MANSSON et al., 2013; ESTEVES et al., 2014; TAN, 2014; MARTINS et al., 2016). Apesar dos estudos encontrados terem investigado esse tema em pacientes pediátricos, resultados semelhantes foram observados em pacientes adultos.

Os significados do hospital foram historicamente construídos como um ambiente silencioso, controlado e guiado pela técnica. Um foco de doenças, contágio e sofrimento. Trazem em si traços marcantes da disciplina, que podem ser identificados na rigidez de suas rotinas, no comportamento esperado de profissionais, pacientes e visitantes e em uma série de outras regras. A hierarquia também continua presente, tendo a figura do médico grande peso (FOUCAULT, 1979).

Identifica-se na fala dos participantes determinado comportamento esperado dos sujeitos condicionados pelo ambiente, tanto pacientes e acompanhantes, quanto profissionais de saúde. Uma tentativa de domesticação dos sujeitos. Também, a supervalorização do médico com detentor da palavra final e única forma de assegurar o paciente sobre sua condição de saúde. Algumas nuances desses significados puderam ser identificadas nas falas dos pacientes.

São as regras. Eles não querem quebrar os paradigmas, tem que ser daquele jeito. Mas quem disse que tem que ser? Então nenhum paciente pode gritar? Eles não deixam gritar... (P5)

Eles tiraram meu dreno e estava vazando. Eu fiquei preocupado. Os enfermeiros diziam que é normal. Mas o que eles falavam, entrava por aqui e saía por aqui. O problema era eu. Eu que estou sentindo. Veio uma enfermeira e disse, tu vais falar com o médico então. (P11)

Os pacientes compreendem que os enfermeiros têm um papel claramente técnico e sua função não contempla escutar ou brincar. Declaram também que a carga de trabalho dos mesmos justifica sua postura. Isso simboliza a predominância da visão biomédica e a expressão máxima da dimensão desumanizante da ciência e da mercantilização da

saúde, onde a técnica impõe investigação e tratamento objetivos, independentemente da opinião ou do sofrimento do paciente.

As enfermeiras tratam bem, cuidam da gente, mas elas não têm tempo de brincar, de ficar falando com a gente, amenizando a dor. (P2)

Os queridos dos enfermeiros, de noite tem duas aqui. Elas correm aqui, correm ali, é sobre humano! Não tem como você querer que elas sentem e batam um papo com você. Cada um na sua função. E a gente tem que colaborar. (P5)

O HU/UFSC, possui um Grupo de Trabalho (GT) de Humanização desde 2004, composto por profissionais de diversos setores do hospital, da comunidade acadêmica e da sociedade civil. Esse GT tem como objetivo promover autonomia, participação e corresponsabilidade de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde e na construção de uma assistência qualificada e humanizada (HU, 2017).

A mudança nos significados dados a determinados ambientes, incluindo os significados atribuídos ao hospital, envolve mudança nas experiências de diversos indivíduos em relação a inúmeras internações em diversas instituições hospitalares. Construindo novos significados à medida que sua experiência proporcionar, consequentemente se dará a ressignificação. Esses significados advêm de uma estrutura prévia, de acordo com o conceito proposto por Gadamer (2005), construídos historicamente. Nem sempre se referem a vivência do ser em si, mas a uma experiência passada. Significados que se transformam a partir da mudança no cotidiano das práticas, nas relações e nas vivências.

Alguns pacientes relataram o quanto é difícil permanecer no hospital, por mais que o atendimento seja bom e que os profissionais dos diversos setores sejam “todos muito atenciosos. Eles te escutam, te dão carinho, conversam contigo” (P9), mas “não é igual a casa da gente” (P8). Evidente que nunca será comparável ao nosso próprio lar, mas as falas demonstram que existe valorização da qualidade das relações estabelecidas dentro deste hospital. E, ao que parece, a maior parte dos profissionais que trabalham neste estabelecimento especificamente parecem estar cientes dessa importância.

Entretanto, outro paciente justifica a dificuldade em ficar no hospital dizendo que “O hospital é doença” (P9). Portanto, o hospital ainda é visto como foco de doenças e isso só será alterado com a transformação da realidade das práticas que o compõe. Um dos motivos

talvez, seja por não incorporar de forma efetiva conceitos como o de integralidade, proporcionando um cuidado contínuo para além dos problemas físicos. Prova maior disso é o fato de nos sentirmos doentes dentro desse espaço, mesmo quando aguardamos uma cirurgia ou algum procedimento.

Nós já estamos com cheiro de doente, aquele hálito de doente, aquele xixi de doente... Aquele famoso cheiro de hospital. (P9)

A humanização desses espaços, ou seja, a valorização das relações que ali se estabelecem e a mudança nas práticas com a consideração das subjetividades e necessidades individuais, pode auxiliar nesse processo de ressignificação do ambiente. É importante salientar que a clareza do conceito se refere a humanização dos processos e não dos seus atores (PASSOS, 2009). Masetti (2000) faz uma crítica nesse sentido, dizendo que o próprio termo humanização deriva inevitavelmente da lógica cartesiana, pois pressupõe que é possível separar a relação humana do cuidado com os pacientes. Talvez, essa política e suas diretrizes sejam necessárias temporariamente para promover a alteração de uma realidade atual para outra ideal, quando novos significados terão sido apreendidos e a mudança tenha se concretizado.

Nesse sentido o palhaço se insere como facilitador e colaborador desse processo. A intervenção do palhaço, além de agir em consonância com algumas ações da PNH, como acolhimento e a valorização da fala do paciente, inclui o conceito de ambiência no sentido de promover o potencial terapêutico das relações pessoais positivas dentro desse contexto (ESTEVES; ANTUNES, 2014). Um paciente relatou que tanto o bom quanto o mau humor são contagiosos dentro do hospital (P7).

A hospitalização requer elevado grau de adaptação dos pacientes à nova rotina institucionalizada (MARTINS, 2016). Esse ambiente o priva inesperada e totalmente de sua rotina normal. E, dessa forma, não favorece o restabelecimento da saúde individual pois nega a ampliação do significado de saúde e adoecimento que, entre outras coisas, reconhece o meio em que o sujeito se insere como influência direta no equilíbrio e, portanto, no reestabelecimento da sua saúde (CAMPOS, 2015).

Esse período eu não desejo para ninguém. (P2)

Ah não é fácil. Hospital é uma cadeia. (P8 se emocional)

Eu também já estive alguns dias no hospital. Tem que ser muito forte. (A8)

Os trechos citados corroboram para a visão negativa dos pacientes em permanecer no hospital. E a sátira feita pelos TA ao ambiente quando eles se referem ao hospital como um *spa*; aos procedimentos quando perguntam se o soro é água de coco ou vodka; e, à figura do médico, o que fica evidente na caracterização dos ‘doutores palhaços’, proporciona uma outra forma de olhar. Promovem uma ampliação da percepção da realidade habitualmente construída (ESTEVES; ANTUNES, 2014) e já consolidada. Uma resignificação do ambiente, sem alterar os fatos que o compõe.

Deu um outro ar, um ânimo, eu senti. (...) O ambiente ficou um pouco mais leve. (P9)

Excelente! Animoso para a pessoa que está meio inquieta, para escutar alguma coisa. Foi muito bom. Muda o ambiente da pessoa. (P8)

Por que a gente fica só nesse cantinho, sentindo dor e às vezes os médicos dão remédio e não melhora. É difícil ficar aqui encorujada sentindo a dor. Quando eles [TA] chegam a gente se solta, a gente ri com eles, a gente muda a postura. Parece que o ambiente da gente fica diferente (...) alegre, feliz. Não fica retraído, ali paradinha num canto. A gente fica alegre, fica feliz com a chegada deles. (P2)

A palhaçoterapia promove transformação do ambiente hospitalar proporcionando um novo colorido a esse local, assim como facilita o processo de adaptação à nova realidade institucionalizada (MASETTI, 2000; TAN, 2014). A interação dá voz à imaginação, desperta os sentidos, provoca emoções, amplia a visão individual para além das dicotomias vida e morte, saúde e doença.

6.3 RESSIGNIFICAÇÃO DO SER

A privação inesperada da rotina diária para o adulto, decorrente da hospitalização prolongada, envolve uma sensação de paralisação da vida, pois, em grande parte dos casos, essa interrupção e a sua duração não foram planejadas. Requer o rearranjo de inúmeras responsabilidades, tais como família, trabalho, lazer, estudos, relações e a reorganização de prioridades, colocando o cuidado com a própria saúde como necessidade fundamental para manutenção da vida. Durante as entrevistas, alguns pacientes relataram suas experiências afirmando que ficar no hospital os priva de sua rotina normal (P8, P6), causando ansiedade por não saber quando poderão ir para casa (P5).

(...) A gente quer ir para casa. Tu não tens vida ativa aqui... Vais fazer o que? Não tens vontade de assistir um filme, como normalmente faz em casa. Tu estás perdendo trabalho, estás deixando de aprender, de repassar conhecimento, de viver, de ir numa academia, de ir numa festinha. Tu não tens vida normal, a tua vida é isso aqui. Parece que para no tempo. Se bem que a gente sabe que tem que ficar. Mas volte e meia dá um baixo astral. Não tem como dizer que isso é natural. (P5)

Identifica-se a perda da rotina normal e o ganho de uma nova realidade, institucionalizada. A institucionalização da vida. Não necessariamente visto pelo paciente como algo positivo, mas reconhecidamente primordial naquele momento. O que provoca sentimentos diversos, nem sempre negativos. Para um paciente, estar hospitalizado era positivo, pois ele veio do interior da Bahia para obter tratamento em Florianópolis, onde seus filhos moram, já que, nas palavras dele “a assistência lá é meio fraca” (P3). A hospitalização pode significar também uma fuga da realidade em que se vive, um local para descansar e, já que se está doente, portanto não se poderia estar em lugar melhor (P7).

De qualquer maneira, representa uma mudança. Significa tornar-se paciente. Como o próprio nome diz, esperar pacientemente. À espera de melhora, de uma cirurgia, da alta médica, de um exame, de um resultado, de um diagnóstico, da cura, da morte. E essa espera, esse tempo para refletir sobre o que se foi, o que é e o que será, sobre a própria vida, pode trazer profundas transformações no ser.

Eu acho que até tem gente mal civilizada lá fora, se cair aqui dentro, ele fica um pouco melhor. Tu tens que ser mais calmo, mais amigo da turma, porque aqui dentro não tem como fazer, dizer, brigar (...) Se ele é ruim lá fora, ele é obrigado a ser bom aqui. (P7)

Quando questionados sobre o que acharam da visita dos Terapeutas da Alegria, os pacientes fizeram em sua maioria, relatos positivos ressaltando que tratava-se de uma maneira de alegrar o paciente (P6), uma terapia e sem dúvidas um trabalho muito bom (P1). Ajuda as pessoas que estão abatidas (P8) e ajuda o paciente a ficar mais contente (P7), melhorando a comunicação (P10). Uma paciente relata inclusive que os TA podem ajudar a desinibir e que isso pode auxiliar a relação médico-paciente, pois ele se comunica melhor, fornecendo mais detalhes do seu próprio estado de saúde (P10).

(...) Aí imagina bem, tu vens, jogam as pessoas em cima de numa cama, difícil né. Aí eles deixam a comida, pegam e levam. Não botam sal. Todo dia de noite cada um vai para a sua casa, para a sua família. Como é que fica a cabeça das pessoas? As pessoas pensam besteira. Pensam umas coisas da doença, sobre a cirurgia "Eu posso morrer" se eu não fizer tal coisa. Eu quero ir embora... vem a saudade, vem a lágrima, vem o choro... (P10)

A presença dos palhaços pode libertar momentaneamente os pacientes deste sentimento. Por operar num sistema que quebra a lógica (MASETTI, 1998), colocando em prática refinadas habilidades de improviso e adaptação a novos cenários de acordo com necessidades e respostas individuais (FORD, 2013). Uma subversão da ordem normal das coisas permitindo ao paciente ser ele mesmo, já que “o riso castiga os costumes e obriga-nos a cuidar imediatamente de parecer o que deveríamos ser, o que um dia acabaremos por ser verdadeiramente” (BERGSON, 1983). Trata-se de algo inesperado e agradável (P1), uma coisa diferente (P6).

Sendo assim, a presença do palhaço no hospital promove a libertação do ser, de sua expressão livre, o retorno a sua essência. Promove a aceitação do paciente da sua própria condição pois ele observa o erro, o ser fora da norma, a mudança no curso esperado das coisas, como algo aceitável. E isso favorece a aceitação da sua própria situação atual.

A experiência da hospitalização transforma as pessoas (P7) e isso juntamente com a visita do palhaço podem ser tão significativas que alguns pacientes relatam que quando receberem alta, também querem ajudar os doentes, fazer um trabalho voluntário (P2, P5). Um paciente acredita que é isso que motiva os TA, que eles mesmos ou um ente querido já esteve hospitalizado.

(...) Ficou numa alegria, uma brincadeira total na primeira vez que eles vieram. Parece que chegou na hora certa, no momento certo (...). Inclusive chegou uma enfermeira e pediu silêncio porque o barulho estava muito alto (...). Ela estava pedindo para eles saírem porque, estava muita farra. (P11)

Realmente o ambiente hospitalar não é fácil. Se você tiver bom humor você leva mais fácil, porque senão você deprime. Tem que levar no bom humor... Por isso é que é bom. (A5)

De modo semelhante, os acompanhantes dizem tratar-se de um trabalho muito importante. Uma acompanhante relata que mesmo quem não quer dar risada acha graça e isso tira as pessoas do stress em que se encontram (A8).

Entretanto, de acordo com o Paciente 11, os benefícios da palhaçoterapia dependem da aceitação da intervenção. Cada paciente interage em graus diferentes, alguns riem e conversam, apenas assistem ou até contam piadas ou falam mais do que os próprios TA. Isso está diretamente ligado individualidade ou ao estado emocional em que se encontra o paciente no dia da visita, o que é respeitado pelos TA que adaptam as intervenções de acordo com a necessidade identificada e resposta dos pacientes naquele momento. Alguns pacientes não permitem a entrada dos TA nos quartos, já que eles pedem permissão antes de entrar. Outros deixam entrar, mas mesmo assim, dizem não se sentir beneficiados com a intervenção, como o Paciente 4: “Isso não serve para mim, é coisa de criança” (P4). O caso desse paciente será contado com detalhes a seguir.

6.4 SERÁ QUE A MÁGICA DEPENDE DO EXPECTADOR?

O Paciente 4 estava em tratamento quimioterápico, internado há quatro dias em isolamento. Antes de iniciar a visita, como de costume, o coordenador dos TA encarregado foi conversar com a enfermeira chefe do plantão que relatou que esse paciente não poderia entrar em contato com ninguém com alguma doença contagiosa.

Naquele dia, eu estava me recuperando de uma gripe e achei mais prudente ficar do lado de fora. Os TA entraram e pedi que abrissem a cortina da janela da porta do quarto para que eu pudesse observar. De início o paciente sorriu e os terapeutas se movimentaram pelo quarto, gesticulando bastante. Depois de alguns segundos, os TA foram se movimentando menos e percebi que o paciente falava bastante. Tinha expressão séria e por vezes, até zangada. A permanência dos TA no quarto durou mais ou menos 15 minutos. Foi a única visita que observei do lado de fora.

Percebi que a visita estava chegando ao fim quando todos juntos entregaram o ‘pó de ficar bom’ para o paciente. Quando saíram do quarto, era como se tivessem saído de uma câmara de gás. Todos respiraram aliviados e fizeram comentários do tipo: “Ufa, que difícil” ou “Agora posso respirar”. Perguntei o que havia acontecido e a um TA disse que depois contariam, caso contrário, sairiam do personagem.

Uma enfermeira entrou no quarto 15 minutos depois. Parou na porta e comunicou a enfermeira chefe que iria fazer a administração do antitérmico, alguns minutos antes do horário, pois o paciente já deveria estar com febre alta dada a sessão de quimioterapia realizada no dia anterior. A enfermeira chefe consentiu com a cabeça. Pouco depois a enfermeira saiu do quarto com olhar de espanto e o um sorriso no rosto. Disse para a enfermeira chefe que a febre do paciente havia baixado muito. Como ela olhou para mim com o mesmo sorriso, senti abertura para perguntar o que havia acontecido. Ela disse que no intervalo de pouco menos de uma hora, a febre do paciente havia baixado de 38,6°C para 36,4°C, sem uso de medicação. Nesse intervalo havia ocorrido a entrada dos TA.

Ao final dessa visita, perguntei se os TA aceitavam contar esse caso para colaborar com a minha pesquisa. Essa entrevista também foi gravada e transcrita. E, apesar desse paciente não se enquadrar nos critérios deste estudo, já que seu tempo de internação era de 4 dias, depois do que ocorreu resolvi voltar dois dias depois, quando eu já me sentia

melhor e perguntar para a enfermeira se eu poderia entrevistá-lo. Esta consentiu, apenas pedindo que eu usasse uma máscara como precaução.

Como o senhor se sentiu depois da visita? (E)

Para mim não mudou nada. (P4)

Não sentiu nenhuma diferença? (E)

Que diferença deveria sentir? (P4)

É porque a enfermeira entrou aqui para medir a sua temperatura, logo após a saída dos palhaços. Ela falou que tinha caído bastante, foi de 38,6°C para 36,4°C. O senhor acha que isso pode ter alguma relação com a visita? (E)

De repente eu até gostei, mas não significa que houve uma mudança no meu estado. (P4)

O paciente se negou a aceitar que a visita dos palhaços poderia ter tido alguma influência direta na sua saúde. Ele se recusou inclusive a considerar ou pensar sobre esta hipótese. Vários podem ser os motivos para isso. Ele relatou na entrevista que estava cansado de tantas pessoas entrando e saindo do quarto e disse que preferia ficar sozinho. Talvez também pelo seu período de internação ser de apenas quatro dias e o diagnóstico ser recente, ele não teve tempo de processar todas essas informações, ficando claro na entrevista com os TA realizada logo após a visita, que ele se sentia um pouco inconformado com a situação.

É como se ele tivesse muita culpa, muita coisa que ele fez errado (TA1)

Ele até falou "Eu nunca bebi muito", era como se ele quisesse... (TA4)

Voltar no tempo para fazer algo diferente ou ter aproveitado mais a vida, sabe? (TA5)

Ele começou a jogar com a gente, mas em seguida ele começou a fazer essa fala mais politicamente correta "Vocês não sabem, mas isso me aconteceu, uma surpresa, não está tão legal..." Aí quando ele

começou a entrar nessa linha, o TAI veio brilhante e falou... (TA4)

Que o pai dele sempre falava para não pegar as coisas do desconhecido. Como se ele tivesse pego a doença. Mas fazendo um jogo, brincando. (TA2)

Até eu fiquei com medo que ele falasse que leucemia não se pega! Mas por sorte ele não estava querendo quebrar a gente. (TA4)

Ele estava com o espírito de participar, do jeito dele. (TA1)

Esse relato dos TA demonstra o quanto o trabalho com os adultos pode ser desafiador e que a linha entre o sucesso e o insucesso pode ser tênue quando o tom colocado pelo paciente é sarcástico. Inúmeros entrevistados relataram que a palhaçoterapia não é algo comum para adultos e que desconheciam esse tipo de trabalho em hospitais ou alas diferentes das infantis (P5, P2, P8, P9, A9, A10). A própria literatura científica sobre o tema aponta nesse sentido, dada a inexistência de trabalhos que analisem a interação dos palhaços com pacientes adultos em ambiente hospitalar. Alguns pacientes ou acompanhantes relataram que conheciam a palhaçoterapia, pois já tinham visto esse tipo de trabalho na televisão (P2) ou no filme Patch Adams (A5).

6.5 A RELAÇÃO COM O DESCONHECIDO

Estar hospitalizado significa preocupar-se com o futuro. Um futuro que pode ser visto como algo positivo ou negativo, com acontecimentos como a melhora, a cura, a alta, a dor, o sofrimento ou a morte. As entrevistas e os momentos de reflexão gerados, levaram alguns pacientes a conectarem com áreas normalmente não acessadas ou expressas. Algumas preocupações trazidas pelos adultos não ficaram evidentes ou não foram levantadas em estudos com crianças. Dentre elas, as reflexões sobre a morte, a sensação de culpa ou dívida com o acompanhante.

O adulto, ao contrário da criança, já tem uma história de vida e significados apreendidos sobre saúde, doença, hospitalização. E por estar há mais de uma semana nestas condições, estão susceptíveis a reflexões sobre sua condição passada, presente e futura. Algumas falas trouxeram

reflexões a morte, como o diálogo entre paciente e sua esposa que o acompanhava exposto a seguir.

Na verdade, todo mundo vai morrer. E para mim, eu morrer é a continuação da vida para outros. Porque alguém tem que morrer para outros sobreviverem. (P1)

Não, ninguém tem que morrer nada. (A1)

Tem sim. (P1)

Tem nada. (A1)

Tem sim, se não morressem pessoas nesse mundo, pelo amor de Deus, o que seria isso? Alguém tem que morrer, são círculos entendeu? (...). Eu tenho que estar preparado para morrer amanhã. (P1)

Não é fácil acompanhar uma pessoa hospitalizada. E ter passado por esta experiência na metade desta pesquisa me fez refletir muito sobre o assunto. Todos sabemos que a morte é uma certeza, mas acompanhar um ente querido em risco de morte pode ser desconcertante.

Ricoeur (2012, p. 15) coloca que se trata de olhar a pessoa como “ainda vivo”, que tenta buscar os “recursos mais profundos da vida, carregado pela emergência do essencial que não se traduz em palavras (...). É um outro olhar”. É um olhar de doação, de compaixão de acompanhar a luta e sofrimento do outro e não de um espectador quem assiste alguém morrer. E ser um TA é “ser um companheiro disposto a enfrentar aquilo junto: por meio do riso, de conversa ou de um simples gesto, pois nem tudo se trata com remédio” (MACHADO; VERANI, 2014).

O cômico, nesse caso, possibilita que os TA atuem quebrando a linearidade esperada do comportamento social. Quando se presencia o sofrimento alheio, normalmente se espera compaixão. Mas o palhaço tem liberdade para não fazer isso, dada pela essência do próprio personagem. O erro é a essência da palhaçaria (FORD, 2013). E ele fala abertamente e até brinca com a possibilidade da morte. O que pode ser desconcertante inicialmente, mas subverte a visão do paciente sobre a situação em que se encontra, transformando ou aliviando os sentimentos gerados. Retira momentaneamente o paciente da lamentação e auto piedade, para aceitação da sua própria condição, possivelmente incluindo a morte como

parte da vida. É claro que morrer dá medo, é desconhecido. É um lugar aonde ninguém foi e voltou para contar como era.

Uma vez que a palhaçoterapia auxilia na ressignificação do ambiente hospitalar, ela não afeta apenas pacientes. Prova disso é que inúmeros artigos não incluídos na revisão de literatura sobre o tema abordavam as alterações causadas nos acompanhantes ou familiares, também citadas pelo Paciente 11 quando diz:

O momento quando os palhaços aparecem, para o visitante e para o doente, se torna um ambiente de alegria. Aí tu vêes que aquilo ali não é só para o paciente, mas para própria família, para as crianças. Torna tudo alegria. (P11).

Pela fala anterior a presença dos TA parece dar certo alívio, pois tira por instantes a culpa do paciente por ter alguém ao seu lado, vivenciando a experiência da hospitalização para acompanhá-lo. Dessa forma, os TA proporcionam algo agradável para o acompanhante, para além do cuidar de alguém doente. Esse sentimento de culpa pela presença de um acompanhante fica evidente nos relatos a seguir.

Pesa [a hospitalização]. Uma que a gente pensa também que a pessoa que está junto com a gente cansa. (P5)

A minha mulher gostou também. Eu também me diverti. Isso aqui [hospitalização] cansa. (P1)

Uma entrada dos palhaços de poucos segundos pode causar um impacto imenso. Uma abstração momentânea de todos os sentimentos gerados por essa espera (ESTEVES; ANTUNES, 2014; MASETTI, 1998). Tira o foco do problema e mostra toda a alegria da vida, para dar estímulo para as pessoas lutarem contra aquilo que está acontecendo, para não se deixar levar, abater (P9).

Eu procurei esquecer a situação que não é muito agradável. Uma operação é uma operação, tem todos os riscos. (P1)

6.6 REMINISCÊNCIAS DO CAMPO

Outras considerações também não encontradas nos estudos com crianças presentes na literatura sobre a palhaçoterapia em ambiente hospitalar referem-se aos questionamentos sobre a natureza voluntária do trabalho dos TA, o desejo de receber as visitas dos palhaços mais frequentemente e relatos de melhora no sono. Outras questões semelhantes as encontradas na literatura que também emergiram das falas dos pacientes e serão citadas ao longo dessa categoria são a redução da dor (AQUINO et al., 2004; BERTINI et al., 2011) e da ansiedade pré-operatória (VAGNOLI et al., 2005; GOLAN et al., 2009; FERNANDES; ARRIAGA, 2010; VAGNOLI et al., 2010; DIONIGI et al., 2014; MESSINA et al., 2014).

Uma acompanhante relata que achou positivo o paciente ter recebido a visita no dia anterior à cirurgia, a qual estava prevista e poderia acontecer a qualquer momento durante a entrevista. Ela disse que isso “desvirtuou a mente dele” (A1). Esse discurso reforça a hipótese testada em ensaios clínicos de grupo controle em crianças, que demonstram a redução da ansiedade pré-operatória com a utilização da palhaçoterapia (VAGNOLI et al., 2005; GOLAN et al., 2009; FERNANDES; ARRIAGA, 2010; VAGNOLI et al., 2010; DIONIGI et al., 2014; MESSINA et al., 2014).

É bom porque tu esqueces tudo. Quanto mais ansioso você fica, mais dor você tem, mais você sofre. Quando eles vêm, a ansiedade vai embora... Claro, te faz sorrir. Não tem como a pressão aumentar, não tem dor... se dá, ela passa. (...) É menos um para ficar lá no fundo da cama pensando quando for para a cirurgia. (P10)

Eles chegaram num momento que eu estava desesperado! Aí eles vieram e a gente esquece. (...) Depois consegui até dormir. (P11)

Além da melhora no sono, outro paciente relatou diminuição na dor após a visita dos TA. Ele relata que os TA trazem alegria para o paciente e o tira o foco da dor, uma dor que sufoca.

Eu estava com uma dor muito forte aqui do lado e quando eles [TA] chegaram. Eu comecei a dar

risada com eles, parece que me colocaram alguma coisa e me tiraram aquela dor que estava aqui do lado. Eu até consegui ficar melhor na cama. (P2)

Quando questionados sobre de que forma os pacientes achavam que a interação com o palhaço poderia auxiliar na sua recuperação e restabelecimento da saúde, muitos falaram da abstração da dor, da ansiedade, do sofrimento. Outros trouxeram o contraponto da tristeza, dizendo que o abalo emocional, a decepção e o sofrimento podem levar ao adoecimento, atribuindo inclusive sua atual condição da saúde a essa relação (P9, P7).

Alguns pacientes afirmaram que se a visita dos TA fosse mais frequente, seria bom. Algo que o paciente esperaria, gerando expectativas para algo positivo, não apenas para algum procedimento dolorido, ou um diagnóstico, uma cirurgia ou até mesmo a morte.

Eles vieram, foi bom. E também se eles não viessem, não me fazia muita diferença, porque não é alguma coisa que a gente espera. Mas que não deixa de ser agradável, não deixa. (risos) (P10)

Outros pacientes perguntaram se o trabalho dos TA era remunerado e quando souberam que era voluntário, disseram coisas do tipo “Então é bom mesmo”, “Daí é legal” ou “Nossa, eles vêm com uma vontade, não é mesmo?”. O que me fez refletir sobre as formas de cuidado e a mercantilização da saúde. Mas isso seria tema para outra dissertação em si.

Diferentes questões emergiram referentes a fé, a religiosidade e a ciência. Alguns pacientes acreditam que apenas que fé é capaz de curar (P3, P7) remetendo a visão mágico-religiosa da doença, que ainda fundamenta a crença de algumas pessoas (BARROS, 2002). Quando perguntados em que tinham fé, alguns dizem em Deus, com convicção, outros citaram nomes de santos. Um paciente acredita que a alegria aumenta a fé, e é essa fé que cura (P5). Isso me fez refletir se o que ele chama de fé não seria o que eu chamo de esperança.

Uma acompanhante afirma que a ciência só vai chegar até aonde o que ela chama de Criador, permitir (A1). E o paciente complementa falando a complexidade humana impede de definir por completo o ser humano (P1). Outra paciente, quando comentei dos estudos sobre a redução da ansiedade pré-operatória com a palhaçoterapia comparativamente mais significativa do que com a administração de um ansiolítico, falou:

*É porque a gente, a vida, não é uma coisa química.
Os palhaços são mais naturais, é gente como a
gente. É bem complexo. (P5)*

Essa última fala me faz refletir sobre a necessidade de se expandir os horizontes da pesquisa científica em saúde e os desafios em se concretizar tal feito. A complexidade humana já pode ser identificada no senso comum. O que me fez lembrar uma frase de autoria atribuída a Carl Gustav Jung (1875 – 1961): “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação de mestrado teve como objetivo compreender os significados das intervenções dos TA para pacientes adultos que receberam sua visita no HU/UFSC.

Para isso foi apresentada no marco contextual uma revisão de literatura sobre o conceito saúde e doença e o surgimento e desenvolvimento do hospital, na tentativa de elucidar os significados atribuídos historicamente à hospitalização. Com isso verificou-se que esses significados acompanharam o desenvolvimento da ciência, a forma que o homem encontrou de buscar respostas sobre a vida, a morte e o adoecimento. Apontou também que o método cartesiano e newtoniano foram as bases do modelo biomédico hegemônico atualmente, o qual já não contempla integralmente as necessidades de saúde individuais e coletivas.

O histórico do hospital demonstra que este não surgiu como local de cuidado e cura, mas como local de exclusão, extremamente ligado a visão mágico-religiosa da doença e visto como foco de doenças. A inserção da clínica e da disciplina nesses espaços, e consequentemente da hierarquia dada pelo poder médico, transformou o hospital em instrumento terapêutico e de acúmulo de informações sobre os processos de adoecimento e cura. Os hospitais passaram então a ocupar posição emblemática aos olhos da população, tidos como expressão máxima dos sistemas de saúde. E o modelo biomédico passou a orientar as práticas hospitalares, pautado no reducionismo da complexidade humana, valorizando a cientificidade, a especialidade e a técnica, deixando de lado a individualidade, a subjetividade e o sofrimento humano.

A ampliação dos recursos metodológicos na pesquisa em saúde e o novo olhar trazido pelas ciências humanas, trouxe reflexões importantes para novos direcionamentos na atenção e na gestão em saúde. No contexto brasileiro, isso culminou na Política Nacional de Humanização (PNH), que procurou direcionar o foco das práticas para o cuidado integral dos sujeitos. Essa política estende-se a todos os níveis de atenção da saúde pública e trouxe um novo olhar para o cuidado prestado nos hospitais, atentando para a qualidade das relações humanas, valorizando a palavra, a escuta, o ambiente e a vida. É esse o cenário em que a palhaçoterapia se insere como prática de saúde, alinhada às diretrizes da PNH e na tentativa de alertar para a importância do lado humano e da vida dentro dos hospitais.

Um estudo de revisão sistematizada de literatura sobre a palhaçoterapia em ambiente hospitalar é apresentado no marco conceitual. Aponta que a interação do palhaço com os pacientes baseia-se no imprevisto e é adaptada às necessidades individuais apresentadas no momento da intervenção.

Indica também que a palhaçoterapia é tema recente no campo de pesquisa científica e, apesar de ser realizada em por diversos grupos em vários países, não há uniformidade na formação dos profissionais que a executam, nem tampouco na forma como é realizada. O mesmo ocorre com a sua utilização e público a qual se direciona, o que dificulta a pesquisa e a produção de conhecimento científico e técnico sobre o assunto.

Os resultados dessa revisão sistematizada demonstraram majoritariamente benefícios nas diversas utilizações da palhaçoterapia em ambiente hospitalar, mesmo esta não sendo valorizada como prática promotora de saúde, de modo geral.

Apontaram que a palhaçoterapia provoca diminuição significativa da ansiedade pré-operatória em crianças, comparativamente maior do que a obtida com o uso de Midazolam. Esses estudos parecem seguir um desenho definido e trazer evidências consistentes.

Outras pesquisas sobre alterações fisiológicas, comportamentais e emocionais em condições médicas específicas causadas por essa prática também vêm sendo investigadas em consonância com o modelo biomédico.

Mas a maior parte dos estudos investigou o uso da palhaçoterapia no processo de adaptação de pacientes à hospitalização, auxiliando na atribuição de novos significados a esta estadia. Entretanto, apesar da baixa representatividade do tema no campo científico, também não foram identificados estudos que investigassem a interação de palhaços com adultos no contexto hospitalar, prática que já ocorre a exemplo dos TA, e de que forma estes são influenciados pela visita do palhaço.

Portanto, para atingir o objetivo geral ao qual esse estudo se propôs, foram adotados conceitos da tradição hermenêutica na tentativa de compreender os significados atribuídos pelos pacientes adultos a esta intervenção, considerando além da fala dos participantes da pesquisa, o contexto ou situação em que se inserem. Em especial, o pressuposto hermenêutico que afirma que a estrutura geral que compõe os seres é dada por uma história prévia, mesmo que esta não seja vivida pelo ser em questão. Também foram detalhadas as etapas da análise de dados qualitativos obtidos nas entrevistas e observações, no esforço de tentar contribuir com a ampliação metodológica na pesquisa em saúde.

Os resultados dessa dissertação demonstraram que as interações dos palhaços de hospital com pacientes adultos também têm como foco a subversão da ordem normal, proporcionando uma nova visão dos fatos. Entretanto, como a fantasia e a brincadeira não estão mais tão presentes na vida do adulto, essa tarefa pode ser extremamente desafiadora. E esse resgate é essencial para que a mágica aconteça.

Também foi apurado que a visita dos palhaços para adultos não consiste apenas em risos e piadas, mas em conversas e escuta, conforme a necessidade do paciente naquele momento. E, de forma similar ao que acontece com as crianças, quando o paciente adulto permite e se permite, também é formado um laço instantâneo paciente-palhaço.

As categorias que emergiram da análise dos dados foram: ressignificação do ambiente hospitalar, ressignificação do ser, será que a mágica depende do expectador?, a relação com o desconhecido e reminiscências do campo.

A categoria ressignificação do ambiente hospitalar trouxe reflexões sobre os significados que os pacientes têm deste local, uma herança histórica. E a palhaçoterapia pode ser vista como uma prática que permeia as ações de humanização e favorece a ampliação do olhar para além das práticas técnicas e objetivas, mas para a promoção de relações positivas. A sátira aos procedimentos também fornece uma ampliação da percepção da realidade já habitualmente construída e consolidada, tendo na subversão uma oportunidade e para construção de novos significados.

A ressignificação do ser elucidou os desafios que o sujeito encontra ao tornar-se paciente inesperadamente e expôs que a palhaçoterapia pode auxiliar nesse processo de ressignificação do ser, libertando-os momentaneamente desse sentimento que condiciona. O palhaço também permite uma libertação do ser aprisionado no corpo do doente, já que possibilita o erro sem culpa e facilita ao paciente a aceitação de sua própria condição atual. A experiência da hospitalização pode ser tão significativa inclusive motivando pacientes a buscarem algum tipo de trabalho voluntário, seguindo o exemplo de ajuda ao próximo.

Na sequência foi apresentada uma categoria que refletiu sobre a necessidade da entrega do paciente para que a palhaçoterapia possa trazer efeitos e as diversas formas que isso pode acontecer. Nesse sentido, também revelou quanto o trabalho pode ser desafiador para os palhaços de hospital que visitam pacientes adultos. As reflexões sobre o desconhecido trazem considerações sobre a morte e o sofrimento decorrente dessa transição, assim como o olhar do acompanhante e para o acompanhante: uma doação que muitas vezes traz um sentimento de culpa para o paciente, que pode ser amenizado pela visita do palhaço.

Ademais, foram apresentadas reflexões dos pacientes adultos, algumas já elucidadas e outras campos férteis para aprofundamento em pesquisas futuras. Dentre elas, considerações sobre a melhora no sono, diminuição da dor e redução da ansiedade, bem como questionamentos sobre a frequência das visitas, o voluntariado, a fé, e a complexidade humana indefinível.

Os significados das práticas dos TA para pacientes adultos permitem ressignificação do ambiente hospitalar e do ser, com novos olhares para a experiência da hospitalização, do tornar-se paciente e de todos os processos que permeiam a relação com o desconhecido nesta situação, no intuito de gerar sentimentos favoráveis à recuperação da saúde. É possível afirmar que essas alterações causadas pela inserção do palhaço no hospital parecem estar mais alinhadas com a filosofia desta prática, assim como ao conceito ampliado de saúde, desafiando o modelo atual.

Portanto espera-se que este estudo também promova disseminação, trazendo outros olhares para palhaçoterapia. Uma intervenção considerada humanizadora e que integra diversas áreas do conhecimento, tem boa aceitabilidade de modo geral, mas ainda enfrenta certa resistência no seu reconhecimento enquanto prática de saúde. Por fim, espera-se ter demonstrado a complexidade do tema e a importância de pesquisas futuras que elucidem outras aplicações e resultados de uma prática já tão difundida no contexto brasileiro e mundial.

REFERÊNCIAS

ADAMS, H. **Patch Adams: O amor é contagioso**. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

_____. Humour and love: the origination of clown therapy. **Postgrad Med J**, v. 78, n. 922, p. 447-8, Aug., 2002.

AQUINO, R. G.; BORTOLUCCI, R. Z.; MARTA, I. E. R. Doutores da graça: a criança fala. **Online braz. j. nurs.** (Online), v. 3, n. 2, 2004. Disponível em: < <http://goo.gl/55SVSP> >. Acesso em: 17 maio 2016.

BARROS, J.A.C. Medicalización y salud. **Cuad.med.soc.** v. 28, p. 25-31, 1984.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: o que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

BASTOS, F.; PORTO, S. D. Análise Hermenêutica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.) **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BERGSON, H. **O riso: ensaio sobre a significação do cômico**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1983.

BERTINI, M. et al. Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. **Evid Based Complement Alternat Med**, v. 2011, p. 9, 2011. Disponível em: < goo.gl/pgr0pe >. Acesso em: 17 maio 2016.

BRAIDA, C. R. **Schleiermacher e os fundamentos da hermenêutica**. 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<<http://goo.gl/4qU8AL>>. Acesso em: 31 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:<<http://goo.gl/M4uKH4>>. Acesso em: 31 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory.** 2 ed. Thousand Oaks: SAGE, 2014.

COLLETTI, G. et al. Clown nose: a case of disfiguring nodular squamous cell carcinoma of the face. **BMJ Case Rep.** 2014. p. 4. Disponível em: <goo.gl/lysGHR>. Acesso em: 17 maio 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan./mar., 1998.

CORAZZA, H. F. O lúdico na humanização do ambiente hospitalar: os terapeutas da alegria em ação. In: **Artigos de periódico Universidade do Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, p. 1-14, 2010. Disponível em: < <https://goo.gl/s2unCJ> >. Acesso em: 13 abr. 2015.

DANNA, M. F.; MATOS, M. A. **Aprendendo a observar.** São Paulo: Edicon, 2006.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **The SAGE handbook of qualitative research**. 4 ed. Thousand Oaks: SAGE, 2011.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2004. p.7-14.

Disponível em: < <http://goo.gl/dBzlSq> >. Acesso em: 13 abr. 2015.

DILTHEY, W. **A construção do mundo histórico nas ciências humanas**. São Paulo: UNESP, 2010.

DIONIGI, A.; FLANGINI, R.; GREMIGNI, P. Clowns in hospitals. In: (Ed.). **Humor and Health Promotion**. Nova Science Publishers: New York, 2012. p. 213-227.

DIONIGI, A.; SANGIORGI, D.; FLANGINI, R. Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. **J Health Psychol**, v. 19, n. 3, p. 369-80, Mar 2014.

DUARTE, A. B. J. Entrevista em Profundidade. In: DUARTE, A. B. J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ESTEVES, C. H.; ANTUNES, C.; CAIRES, S. Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, p. 697-708, 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/xCcX2U> >. Acesso em: 17 maio 2016.

ESTOMIOLO, J. **EndNote Web: guia de uso**. 6ª Atualização. São Paulo: Centro de Informação e Referência. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Jan 2013.

FERNANDES, S. C.; ARRIAGA, P. The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. **J Health Psychol**, v. 15, n. 3, p. 405-15, Apr 2010. Available from: <https://goo.gl/9AmHNb>. Acesso em: 17 maio 2016.

FORD, K. et al. More than just clowns - Clown Doctor rounds and their impact for children, families and staff. **Journal of Child Health Care**, v. 18, n. 3, p. 286-296, 2014. Disponível em: < <https://goo.gl/Jff2au> >. Acesso em: 17 maio 2016.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Editora Grall, 1979.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Vozes, Petrópolis, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.(Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GOLAN, G. et al. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. **Pediatric Anesthesia**, v. 19, p. 262–266, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/QGN4aI>>. Acesso em: 17 maio 2016.

HUMBOLDT, W. V. **Linguagem, literatura e bildung**. Florianópolis: UFSC, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Comissão de Humanização**. Disponível em: <https://goo.gl/B3s6ny>. Acesso em 21 Jun 2017.

KÖCHE, J. C. Ciência e Método: uma visão histórica. In: _____. **Fundamentos da Metodologia Científica: Teoria da Ciência e iniciação à pesquisa**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2012. 41 - 88p.

KINGSNORTH, S.; BLAIN, S.; MCKEEVER, P. Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study. **Evid Based Complement Alternat Med**, v. 2011, p. 732394, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/zBdwZd>>. Acesso em: 17 maio 2016.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. p. 661-680. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIMA, R. A. G. D. et al. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 186-193, 2009-03 2009. Disponível em: < <http://goo.gl/9mgR96> >. Acesso em: 17 maio 2016.

LINGE, L. Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 7, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/O1y6fC>>. Acesso em: 17 maio 2016.

_____. Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: a meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 8, p. 1-8, 2013. Disponível em: < <https://goo.gl/f76GWa>>. Acesso em: 17 maio 2016.

LONGO, G.; EMERIM, C. O riso como remédio: o trabalho dos Terapeutas da Alegria. In: **Anais eletrônicos XX Prêmio Expocom** - Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação, 2013. p. 1-3. Disponível em: < <http://goo.gl/1gHW6c> >. Acesso em: 13 abr. 2015.

MACHADO, G.; VERANI, J. Terapeutas da Alegria: Transformando vidas através do riso, da conversa e de simples gestos de carinho. **Revista Bem Estar Encantos do Sul**. Dez. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/G2wc8h>. Acesso em: 21 maio 2016.

MANSSON, M. E. et al. Use of clowns to aid recovery in hospitalised children. **Nurs Child Young People**, v. 25, n. 10, p. 5, Dec 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/oalGJh>>. Acesso em: 17 maio 2016.

MARTINS, A. K. L. et al. Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 8, n. 1, p. 3968-3978, 2016. Disponível em: < <http://goo.gl/7sfGww>>. Acesso em: 17 maio 2016.

MASETTI, M. **Soluções de Palhaços: transformações na realidade hospitalar**. 4. ed. São Paulo: Aghena, 1998.

_____. Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, p. 912 - 925, Out. 2013.

_____. **Ética da Alegria no Contexto Hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem, 2015.

MARTINS, P. H. **Contra a Desumanização da Medicina: Crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MESSINA, M. et al. Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy. **Pediatr Med Chir**, v. 35, n. 5-6, p. 3, Sep-Dec 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/2BVeKY>>. Acesso em: 17 maio 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOHER, D. et al. The PRISMA Group. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement**. *PLoS Med*. V. 6, n. 7, 4 p. Jul 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/36MKoH>>. Acesso em: 17 maio 2016.

NERY, F. Hoje tem marmelada? Tem, sim senhor!. In: **Relatório Técnico do Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Comunicação e Expressão. Jornalismo. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/wcNJe3>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

NETO, F. C. B., BARBOSA, P. R. SANTOS, I. S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L.(Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NOGUEIRA, W. **Doutores da Alegria: O lado invisível da vida**. [S. l.]: Mamo, 2006.

OLIVEIRA, W. F. O núcleo de humanização, arte e saúde: uma experiência coletiva de produção social de saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 8, n. 18, p. 198-211, 2016.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 277-84, mar/abr, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/N9naCf>>. Acesso em: 29 maio 2016.

OLSEN, W. **Coleta de Dados: Debates e métodos fundamentais em pesquisa social**. Porto Alegre: Penso, 2015.

PASCHE, D. F., PASSOS, E., HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-48, Nov. 2011. Disponível em: < <http://goo.gl/1i2xjg> >. Acesso em: 31 out. 2015.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PATON, M. Q. **Qualitative Research and Evaluation Methods**. 4 ed. Thousand Oaks: SAGE, 2015.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999.

RICOEUR, P. **Vivo até a morte: seguido de fragmentos**. 1 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

SALDANHA, J. **The Coding Manual for Qualitative Researchers**. 3 ed. London: SAGE, 2016.

SALIBA, F. G. et al. Salivary Cortisol Levels: The Importance of Clown Doctors to Reduce Stress. **Pediatr Rep**, v. 8, n. 6188, 3 p. Mar 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/36MKoH>>. Acesso em: 17 maio 2016.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma Ciência Pós-moderna**. São Paulo: Ed. Graal; 2003.

SCLIAR, M. A História do conceito de saúde. In **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SELL, C. E. **Sociologia Clássica: Marx, Durkheim e Weber**. Petrópolis: Vozes, 2012.

TAN JR., A. K. **A Qualitative Phenomenographical Study of the Experience of Parents with Children in Clown Care Services**. 2014. 112 p. Thesis - Health Care and Nursing Programme. Helsinki Metropolia University of Applied Sciences. Feb. 2014

TIAGO, M. T. S. M. C. C. **Ação dos Dr. Palhaços em contexto hospitalar com crianças em risco de desenvolvimento**. 2013. 176 p. Dissertação (Mestrado) - Ciências da Educação Especialidade Intervenção Precoce. Escola Superior de Educação de Lisboa. 2013.

TORRE, E. H. G., AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/5vV4qR>>. Acesso em: 31 out. 2015.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface**: Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, Jun. 2006.

_____. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis**, v. 17, n. 3, p. 465-484, 2007.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciência da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família. **Metodologia da pesquisa: TCC**. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <<http://projetounasus.ufsc.br>>. Acesso em: 31 out. 2015.

VAGNOLI, L.; CAPRILLI, S.; MESSERI, A. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? **Paediatr Anaesth**, v. 116, n. 4, 5 p. Oct 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/e2tTEj>>. Acesso em: 17 maio 2016.

VAGNOLI, L. et al. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. **Pediatrics**, v. 10, n. 10, 6 p. Oct 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/dkBkLX>>. Acesso em: 17 maio 2016.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



Apresento este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com o item IV.3 da Resolução CNS 466/2012, referente a sua participação voluntária na pesquisa intitulada “SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DOS "TERAPEUTAS DA ALEGRIA" SOBRE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”, cujo objetivo é compreender os significados das intervenções dos Terapeutas da Alegria (TA) para pacientes adultos por eles visitados em um hospital universitário.

Dados serão coletados utilizando-se de um roteiro de observação durante a visita e entrevistas semiestruturadas após a visita dos Terapeutas da Alegria, aplicadas individualmente a você e seu acompanhante, se este estiver presente e você estiver de acordo. As entrevistas serão gravadas e transcritas. Todos os dados obtidos serão analisados e a publicação de materiais escritos ocorrerá apenas para fins acadêmicos, sem fins comerciais. A identidade dos participantes será mantida em sigilo e serão utilizados recursos para garantir a não identificação dos participantes.

Tanto a observação quanto a entrevista só serão realizadas após a aprovação da equipe médica responsável por avaliar as suas condições em participar da pesquisa naquele momento. Ambos os procedimentos poderão ser interrompidos caso estas lhe causem qualquer tipo de desconforto, constrangimento ou mal-estar. A equipe médica estará ciente deste procedimento e será chamada ou consultada caso qualquer alteração seja observada em seus sinais vitais ou comportamentais durante as etapas da pesquisa.

Além disso, lhe é garantida a liberdade de não participar ou de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo. Caso sinta-se de alguma forma prejudicado garantimos apoio para encaminhamento para cuidados relativos a quaisquer problemas causados por esta participação, bem como orientação sobre seus direitos e encaminhamento para busca de seus direitos legais, de acordo com o seu caso específico assim como garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. A qualquer momento você poderá entrar em

contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, órgão responsável e que aprovou e autorizou a realização dessa pesquisa. Ambos os contatos estão listados abaixo.

Assim, se você tiver interesse e disponibilidade em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe é apresentado em duas vias, permanecendo uma delas com você.

Pesquisador: Walter Ferreira de Oliveira

Endereço: Nossa Senhora de Fátima, nº 226, Campeche – CEP: 88066-020 – Florianópolis/SC – Telefone: (48) 9922-9026 / 3721-4182 – E-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

Contato Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - UFSC

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH – Reitoria II – Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade – CEP: 88040-400 – Florianópolis/SC – Telefone: (48) 3721-6094 – E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu

_____, RG _____, mediante este documento, confirmo ciência e anuência em participar da pesquisa intitulada “SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DOS "TERAPEUTAS DA ALEGRIA" SOBRE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”, autorizo minha participação conforme a metodologia e os termos propostos, assim como a gravação do áudio da entrevista e observação da visita dos Terapeutas da Alegria. Declaro que fui informada (o) e esclarecida (o) acerca do objetivo da pesquisa, dos procedimentos nela envolvidos, possíveis riscos e benefícios decorrentes dela e de todos meus direitos.

Florianópolis, ____ de _____ de 201____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - Ficha de registro de observações
(Adaptada de TIAGO, 2013)

IDENTIFICAÇÃO DA OBSERVAÇÃO

Paciente: _____

Local da interação: _____ Duração: _____

Palhaços: _____

ASPECTO	Observações
Interação visual	
Expressão Facial	
Vocalização	
Linguagem corporal	
Reciprocidade e Sincronia na Interação	
Interação e Expressão Emocional	
Impressões do paciente	
Data agendada para a entrevista	

APÊNDICE C - Roteiro para entrevistas

A. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO PACIENTE

Nome: _____

Profissão: _____ Idade: _____ Sexo: M / F

Local de residência: _____

Motivo da internação: _____

Período de internação: _____

B. DETALHES DA ENTREVISTA

Local: _____

Data: _____

Horário de início: _____ Duração: _____

Data da intervenção dos TA: _____ Duração: _____

C. PARA O PACIENTE

1. O que você achou da visita dos Terapeutas da Alegria?
2. Como você se sentiu durante esta visita? E após?
3. De que forma você acha que essa visita influencia na sua saúde?
4. Se você ficar mais tempo internado, você gostaria que os Terapeutas da Alegria voltassem a lhe visitar? Porque?

D. PARA O ACOMPANHANTE (CASO ESTEJA PRESENTE)

1. Como você se sentiu após esta visita?
2. Você acha que esta visita foi de alguma forma importante para o seu familiar? Porque?
3. Como você se sentiu durante a visita? E após?
4. Houve algo em especial que lhe agradou nesta visita?
5. Houve algo em especial que lhe desagradou nesta visita?
6. Você gostaria que os Terapeutas da Alegria voltassem para outras visitas a seu familiar?

ANEXO A – Declaração de ciência e autorização da instituição envolvida




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *"Significados das práticas de terapeutas da alegria sobre pacientes adultos internados em um hospital universitário"*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 02/08/16.


Professora Maria de Lourdes Rovaris
Diretora Geral HU/UFSC

ANEXO B – Parecer cosubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE "TERAPEUTAS DA ALEGRIA" SOBRE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Walter Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 5884416.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.833.384

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_762045.pdf	26/10/2016 14:55:26		Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_26_10_16.p df	26/10/2016 14:54:23	SORAIA DE CAMARGO CATAPAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Walter_Oliveira.pdf	26/10/2016 14:52:46	SORAIA DE CAMARGO CATAPAN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Walter_Oliveira.pdf	17/08/2016 15:52:09	SORAIA DE CAMARGO CATAPAN	Aceito
Outros	Notificacao_troca_pesquisador_respons avel.pdf	11/08/2016 16:54:11	Angélica Puskas	Aceito
Outros	CoordenadorSolicitacaoAlteracaoPesquis adorResponsavel.pdf	11/08/2016 16:54:11	Angélica Puskas	Aceito
Outros	Declaracao_de_alteracao_de_pesquisad or_responsavel.pdf	10/08/2016 17:46:39	SORAIA DE CAMARGO CATAPAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Soraia_Catapan.p df	09/08/2016 09:51:08	SORAIA DE CAMARGO CATAPAN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_diretoria_HU.pdf	09/08/2016 09:43:10	SORAIA DE CAMARGO CATAPAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 23 de Novembro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)